



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Relatório elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientador: Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Júri:

Presidente:

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora auxiliar com agregação da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais:

Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutora Gabriela de Sousa Neves de Almeida, professora auxiliar da Universidade
de Évora

Linda Elisa Freitas Teixeira

2017

“A perfeição coloca-nos perante a realidade como se de um facto consumado se tratasse: se formos mexer, intervir, retocar ou alterar, sentimos isso como uma perturbação. Essa perfeição é estática. Existe só para ser admirada... à distância. A imperfeição, porém (e penso também naquelas que identificamos na nossa vida interior), é uma história ainda em aberto, que conta ativamente connosco. Na imperfeição é sempre possível começar e recomeçar. A imperfeição permite-nos compreender a singularidade, a diversidade, o real impacto da passagem do tempo, o traço dos seus vestígios. A imperfeição humaniza-nos.”

In *Diário de Notícias Madeira*, por José Tolentino Mendonça (2011)

AGRADECIMENTOS

I.

Ao Professor Doutor Rui Martins pela disponibilidade, pelos desafios lançados que fizeram pensar e questionar, por me ajudar a crescer a nível pessoal e profissional ao longo deste período de estágio.

II.

À Mestre Eliana Santos pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos, pelas longas conversas em que as minhas dúvidas se transformaram em aprendizagens. Obrigada pelo incentivo, pela boa disposição, por me ajudar a tornar práticos os conhecimentos teóricos e por representar a profissional que ambiciono ser.

III.

Ao serviço de psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, em particular à equipa do espaço@com que tão bem me recebeu. Obrigada particularmente à Dr.^a Janete Maximiano pela partilha de conhecimentos, pelas reflexões e pelo apoio e à Dr.^a Cristina Fernandes, pela disponibilidade, pela boa disposição e pela presença apoiante ao longo de todo o percurso.

IV.

Aos meus pais, que estando longe se fizeram sentir perto. Obrigada pelo apoio, pela motivação, pelo carinho, pelos conselhos e por nunca, nunca deixarem de acreditar em mim. Ao Júlio, obrigada por este recomeço, pela presença, pelas discussões e gargalhadas que nos vão permitindo conhecer cada vez melhor um ao outro e por cuidares de mim, mesmo quando deveria ser ao contrário. Sem vocês, eu não completaria este percurso.

V.

Ao Leandro, à Caty, à Joana, à Adriana e à Natacha, por este crescimento que em conjunto fomos fazendo, por partilharem as minhas raízes e por fazerem parte das experiências de vida que moldaram a pessoa que sou hoje.

VI.

Ao João Filipe, pela amizade, pelo companheirismo, por ser o meu suporte, por simplificar as minhas complicações, por acreditar em mim quando eu duvidei. Obrigada pelas leituras, pela paciência, pelo apoio que tens sido ao longo desta viagem.

VII.

À Antonieta, à Daniela, à Sara e ao Tomé, pelo percurso conjunto que fomos fazendo, pelo apoio mútuo. Obrigada pela presença ao longo da minha vida académica e pelo valor que continuam a ter na minha vida pessoal.

VIII.

Às Anas, pela amizade, pela animação, pela partilha de momentos bons e menos bons de cada uma de nós. Obrigada por me fazerem sentir verdadeiramente em casa e por se terem tornado parte da minha família.

IX.

Ao Rui, à Tatiana, à Vanessa e à Joana, pelo trabalho partilhado nas reuniões do núcleo de estágio, por cada questão colocada, por cada crítica construtiva e cada reflexão que nos permitiu a todos melhorar.

X.

À Tatiana, pelas partilhas que nos fizeram pensar e crescer, pelo apoio mútuo ao longo do tempo, pela presença, disponibilidade e pela energia contagiante.

XI.

À Sara Duarte pela escuta, pelas reflexões, pela partilha de experiências, pelos conselhos e pelo incentivo que me tornou mais confiante ao longo desta experiência.

XII.

A cada um dos utentes com quem contactei, por contribuírem para o meu crescimento profissional, por serem o exemplo de que cada pessoa se define pelas suas experiências e nunca por um rótulo. Obrigada por me permitirem fazer parte do vosso percurso.

XIII.

Por fim, mas não menos importante um agradecimento especial a todas as pessoas que contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida.

Lista de Siglas

APA – American Psychiatric Association

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BPM – Bateria Psicomotora

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CRT – Cognitive Remediation Therapy

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

EF – Expressão no Feminino

EFP – European Forum of Psychomotricity

E.P.E. – Entidade Público-Empresarial

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

GOC – Grelha de Observação do Comportamento

HFF – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

NICE – National Institute for Health Care and Excellence

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PIPPA – Projeto de Intervenção Psicomotora para Perturbações de Ansiedade

PSIC – Programa de Intervenção Precoce após um Primeiro Episódio Psicótico

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

RPM – Reabilitação Psicomotora

SCIT – Social Cognition and Interaction Training

SCL-90-R - Symptom Checklist-90-Revised

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

I.	Introdução.....	1
II.	Enquadramento Da Prática Profissional.....	2
1.	A Psicomotricidade.....	2
2.	Saúde e Saúde Mental	4
2.1.	Saúde Mental em Portugal: Dados Epidemiológicos.....	5
2.2.	Saúde Mental em Portugal: Legislação e Planos de Ação.....	6
3.	Psicomotricidade em Saúde Mental de Adultos	7
3.1.	Metodologias de Intervenção.....	8
3.1.1.	Técnicas de Relaxação	9
3.1.2.	Técnicas Expressivas.....	11
3.1.3.	Aplicação Prática	13
4.	Descrição da População Atendida	13
4.1.	Perturbações de Ansiedade	14
4.1.1.	Intervenção Psicomotora nas Perturbações de Ansiedade.....	17
4.2.	Perturbações Depressivas.....	19
4.2.1.	Intervenção Psicomotora nas Perturbações Depressivas.....	23
4.3.	Processos de Somatização	25
4.3.1.	Intervenção Psicomotora nos Processos de Somatização	28
5.	Caraterização da Instituição	30
5.1.	O Serviço de Psiquiatria do HFF	31
5.1.1.	O espaço@com.....	31
III.	Realização da Prática Profissional.....	34
1.	Organização das Atividades de Estágio	34
1.1.	Atividades Realizadas e Horário de Estágio	34
1.2.	Progressão das Atividades de Estágio e do Nível de Autonomia da Estagiária ..	36
2.	Intervenção Psicomotora no Espaço@com.....	38

2.1.	Tipologia das Sessões: Individual e de Grupo.	38
2.2.	Sessão Tipo	39
2.3.	Espaço de Intervenção	39
2.4.	Instrumentos de Avaliação	40
2.4.1.	Bateria Psicomotora	40
2.4.2.	Symptom Checklist-90-Revised	42
2.4.3.	State-Trait Anxiety Inventory	43
2.4.4.	Grelha de Observação do Comportamento.....	44
2.4.5.	Esquema de Tensões.....	45
3.	Descrição dos Casos Acompanhados	46
3.1.	MMC	47
3.2.	MEL	48
3.3.	TM	50
3.4.	AMJ	51
3.5.	Grupo EF.....	52
3.5.1.	MGF	53
3.5.2.	AIF	54
3.5.3.	MG	54
3.5.4.	AA	55
3.6.	Grupo PIPPA.....	56
3.6.1.	MCF	57
3.6.2.	ER	58
3.6.3.	SB	59
3.6.4.	RT	60
3.6.5.	DM.....	60
3.6.6.	YM.....	61
3.7.	Síntese	62

4.	Estudos de Caso	63
4.1.	Estudo de Caso I: AMG	63
4.1.1.	História Pessoal e Clínica.....	63
4.1.2.	Avaliação Inicial	65
4.1.3.	Elementos Critério e Hipóteses Explicativas	68
4.1.4.	Perfil Intra-individual e Objetivos Terapêuticos.....	71
4.1.5.	Projeto Terapêutico	72
4.1.6.	Avaliação Final	75
4.2.	Estudo de Caso II: MSC	79
4.2.1.	História Pessoal e Clínica.....	79
4.2.2.	Avaliação Inicial	81
4.2.3.	Elementos Critério e Hipóteses Explicativas	82
4.2.4.	Perfil Intra-individual e Objetivos Terapêuticos.....	85
4.2.5.	Projeto Terapêutico	87
4.2.6.	Avaliação Final	90
5.	Atividades Complementares de formação.....	93
5.1.	Sessões Clínicas	93
5.1.1.	Projeto de Intervenção Psicomotora para Perturbações da Ansiedade	93
5.2.	Reuniões de Equipa.....	94
5.3.	Reuniões do Núcleo de Estágio em Saúde Mental na FMH	95
5.4.	Aula de Métodos de Relaxação.....	95
5.5.	I Seminário Formativo de RPM	96
5.6.	VI Congresso Internacional de Patologia Dual e Adictiva	96
IV.	Conclusão e Perspetivas para o Futuro.....	97
V.	Referências Bibliográficas.....	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Calendarização das atividades de estágio	35
Tabela 2. Horário semanal das atividades de estágio	36
Tabela 3. Dados de identificação da MMC	47
Tabela 4. Dados de identificação da MEL	48
Tabela 5. Dados de identificação da TM.....	50
Tabela 6. Dados de identificação da AMJ	51
Tabela 7. Dados de identificação da MGF	53
Tabela 8. Dados de identificação da AIF	54
Tabela 9. Dados de identificação da MG	54
Tabela 10. Dados de identificação da AA.....	55
Tabela 11. Dados de identificação da MCF	57
Tabela 12. Dados de identificação da ER.....	58
Tabela 13. Dados de identificação da SB.....	59
Tabela 14. Dados de identificação do RT	60
Tabela 15. Dados de identificação da DM	60
Tabela 16. Dados de identificação da YM	61
Tabela 17. Evolução global dos indivíduos avaliados pela BPM	62
Tabela 18. Evolução global dos indivíduos avaliados pelo STAI	63
Tabela 19. Dados de identificação da AMG	63
Tabela 20. Resultados da BPM inicial da AMG	67
Tabela 21. Perfil intra-individual da AMG.....	71
Tabela 22. Objetivos gerais e específicos definidos para a AMG	72
Tabela 23. Dados de identificação da MSC.....	79
Tabela 24. Perfil intra-individual da MSC.....	86
Tabela 25. Objetivos gerais e específicos definidos para o grupo PIPPA.....	86
Tabela 26. Objetivos gerais e específicos definidos para a MSC	87

Tabela 27. Resultados comparativos do STAI da MSC	92
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Progressão do nível de autonomia da estagiária.....	37
Gráfico 2. Resultados do SCL-90-R da AMG	65
Gráfico 3. Resultados comparativos da BPM da AMG.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Desenho do corpo inicial da AMG	66
Figura 2. Esquema de Tensões inicial da AMG.....	67
Figura 3. Esquema de Tensões final da AMG	76
Figura 4. Esquema de Tensões final da MSC	90

Resumo

Este documento descreve a experiência adquirida no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. O estágio decorreu de outubro de 2015 a junho de 2016, no serviço de psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, mais concretamente numa unidade de reabilitação psicossocial na comunidade. Foram observados e acompanhados adultos com perturbações mentais, sendo que a maioria dos casos apresentava perturbações na linha da ansiedade e depressão.

Este estágio incluiu um breve período de observação, ao qual se seguiu o acompanhamento de alguns casos individualmente e de dois grupos. Foi possível participar ainda num conjunto de outras tarefas incluídas na atividade profissional de um psicomotricista neste serviço.

Este relatório tem início com um enquadramento da prática profissional onde são apresentados alguns fundamentos teóricos da psicomotricidade bem como a definição de saúde mental. É contextualizada ainda a pertinência da intervenção psicomotora em saúde mental, considerando os benefícios das principais metodologias utilizadas perante as necessidades da população atendida. No capítulo da prática profissional são descritas brevemente as atividades realizadas, o modelo de intervenção global e todos os casos acompanhados. São também apresentados dois estudos de caso que permitem compreender com maior detalhe o modo como a intervenção é pensada e adequada a cada indivíduo, sendo um destes casos acompanhado individualmente e o outro em grupo.

Palavras-chave: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, espaço@com, intervenção psicomotora, psicomotricidade, relaxação, saúde mental de adultos, psiquiatria, perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, estudo de caso.

Abstract

This document describes the acquired experience within the scope of the professional skills deepening branch of the master's degree in Psychomotor Rehabilitation of the Faculty of Human Kinetics. The internship took place from October of 2015 to June of 2016 in the psychiatry service of the Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital, specifically in a community psychosocial rehabilitation unit. Adults with mental disorder were observed and monitored, with the majority of cases presenting anxiety and depression related disorders.

This internship included a brief observation period, followed by the monitoring of some cases individually and two groups. It was also possible to participate in a set of other tasks included in the professional activity of a psychomotor therapist in this service.

This report starts with a professional practice framework where some of the theoretical foundations of psychomotricity are presented as well as the definition of mental health. The relevance of psychomotor intervention in mental health is also contextualized, considering the benefits that the mainly used methodologies may offer towards the needs of the attended population. In the professional practice chapter, the conducted activities, the global intervention model and all the monitored cases are briefly described. Two case studies are also presented, which allow to understand with more detail how the intervention is thought and suited to each person, being one of the cases monitored on individual sessions and the other one in a group.

Key-words: Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital, espaço@com, psychomotor intervention, psychomotricity, relaxation, adult's mental health, psychiatry, anxiety disorders, depressive disorders, case study.

I. INTRODUÇÃO

O presente documento descreve as atividades realizadas no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa. O estágio curricular decorreu no serviço de psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), numa estrutura de reabilitação psicossocial – o espaço@com.

Este estágio pretende estimular o domínio do conhecimento no âmbito da RPM a nível científico e metodológico, promovendo também uma competência reflexiva multidisciplinar, promover a capacidade de planear, gerir e coordenar serviços e programas de RPM em vários contextos e promover a contribuição inovadora para a conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, com vista ao enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões, Brandão e Espadinha, 2015).

Este documento inclui seis capítulos: o primeiro corresponde à presente introdução, o segundo ao enquadramento da prática profissional, o terceiro à realização da prática profissional, o quarto à conclusão e perspetivas para o futuro, o quinto às referências bibliográficas e o sexto aos anexos, entregues em suporte digital dada a sua grande dimensão.

O enquadramento da prática profissional consiste numa componente teórica que pretende fornecer ao leitor uma contextualização teórica relativamente às atividades realizadas, facilitando a compreensão do pensamento da estagiária. Este capítulo integra as definições de psicomotricidade e saúde mental, as metodologias mais utilizadas ao longo do estágio, algumas patologias dos indivíduos com que a estagiária lidou mais frequentemente e a caracterização da instituição onde decorreu esta experiência de estágio.

A realização da prática profissional pretende contextualizar a integração da estagiária no local de estágio. Este capítulo inclui a descrição das atividades realizadas, do espaço de intervenção, dos instrumentos de avaliação utilizados, de todos os casos acompanhados de forma breve, dos estudos de caso selecionados para uma análise mais profunda e de algumas atividades complementares de formação.

Finalmente, nas conclusões e perspetivas para o futuro, serão apresentadas algumas reflexões relativas às aprendizagens adquiridas ao longo deste estágio e uma análise crítica relativamente aos aspetos mais positivos desta experiência e a aspetos que poderiam ser melhorados e pensados noutras perspetivas.

II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Nos pontos que se seguem serão definidos os conceitos de psicomotricidade e saúde mental, sendo incluídos neste último alguns dados epidemiológicos bem como os planos de ação e legislação em vigor em Portugal atualmente. Estes conceitos serão integrados de forma a justificar a pertinência da intervenção psicomotora em saúde mental de adultos, especificando as metodologias mais utilizadas neste contexto. Serão caracterizadas as patologias dos indivíduos com quem a estagiária interagiu com maior frequência e algumas estratégias de intervenção. Finalmente será caracterizado o local de estágio, incluindo o próprio hospital e com particular enfoque no serviço de psiquiatria e no espaço@com.

1. A PSICOMOTRICIDADE

A psicomotricidade é o campo transdisciplinar que estuda a reciprocidade da relação entre a motricidade e o psiquismo (Fonseca, 2010b), partindo do conceito da unidade mente-corpo de forma a promover a coesão psicocorporal (Boscaini, 2003; Martins, 2001b; Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, 2010). A psicomotricidade visa a integração das funções motora, socioemocional, psicolinguística, simbólica e cognitiva do ser humano (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b), por meio da postura, do jogo, da ação, do ritmo, da mímica, do gesto e da motricidade (Fonseca, 2010b; Martins, 2001b). Nesta perspetiva, o movimento é uma resposta adaptativa e intencional com significado, pois o corpo está ligado à atividade mental. O corpo e a mente são, portanto, olhados como uma unidade integrada e indissociável (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b; Martins, 2001b).

A imagem e esquema corporal determinam a forma como o indivíduo se olha e sente e têm implicações na organização emocional e na relação com o outro. O esquema corporal refere-se à organização dos segmentos corporais e a promoção do mesmo requer a descoberta do próprio corpo e exploração da sua representação topográfica. A iniciativa, o controlo do movimento e a organização espacial e temporal da praxia são influenciados por este aspeto. A imagem corporal está ligada às emoções e depende das representações criadas sobre o próprio corpo a partir da relação com o outro. Esta componente tem valor relacional e afetivo e influencia o valor emocional atribuído ao próprio corpo (Martins, 2001a).

A função tónica é central em psicomotricidade, pois o tónus é o primeiro meio de comunicação com o mundo e permite a expressão das emoções e do pensamento. O tónus é um estado de tensão ativa que varia de acordo com as circunstâncias do meio, i.e., pode aumentar ou diminuir (Martins, 2015). Sobre o tónus são construídas as competências da

pessoa, pelo que este é um dos primeiros indicadores de qualquer problema físico ou psíquico (Boscaini, 2003). O sintoma em psicomotricidade é um sinal que não se limita à sua expressão física. As perturbações afetivas ou cognitivas podem provocar sintomas corporais representativos de um mal-estar global, i.e., os sintomas corporais podem indicar desordens psíquicas (Martins, 2001a; Quartilho, 2016; Zeng, Sun, Yang, Shen e Liu, 2016).

O diálogo tonicoemocional é um processo de comunicação que parte da relação de sincronia entre o que é sentido por dois indivíduos em relação. O diálogo tonicoemocional integra, não só as sensações do próprio, mas também as do outro, pois com base em experiências anteriores há uma identificação com o outro e com as suas emoções, o que permite compreendê-lo. As interações precoces entre o bebé e a mãe, a partir das quais são criados os primeiros esquemas afetivos, fazem do diálogo tonicoemocional a primeira forma de comunicação da criança com o mundo (Martins, 2015). Os movimentos do bebé, aparentemente sem significado, assumem importância enquanto meio de expressão e comunicação quando existe uma resposta do envolvimento, i.e., a identificação dos gestos e movimentos do bebé como expressão dos seus desejos atribui significado aos mesmos e possibilita a comunicação por meio do diálogo tonicoemocional (Martins, 2015).

Este é um elemento importante em psicomotricidade, pois tem por base o corpo e o desejo de estar em relação. O diálogo tonicoemocional permite a expressão do pensamento e das emoções, bem como a observação destes aspetos no outro, na postura, na mímica, na gestualidade, na exploração do espaço, na gestão da proxémia, no olhar, no toque, na voz e nos ritmos da pessoa, incluindo a respiração (Martins, 2015). Desta forma, a expressão de prazer e desprazer perante as emoções que surgem num espaço securizante, permite explorar as possibilidades de relação com o outro (Martins, 2001a; Martins, 2015).

A intervenção psicomotora visa a promoção da autonomia e da capacidade de agir num contexto biopsicossocial, pelo que a sua abordagem é holística e procura compreender o funcionamento global da pessoa nos vários contextos (European Forum of Psychomotricity (EFP), 2012; Fonseca, 2010b; Probst et al., 2010). Esta abordagem requer a reflexão e seleção atenta das metodologias adequadas às características da pessoa, de forma a individualizar a intervenção. A intervenção psicomotora pode incidir numa prática mais focada na componente relacional e psicoafetiva, ou instrumental. Embora distintas, estas práticas são complementares e devem ser utilizadas de forma equilibrada e refletida no sentido de oferecer o maior benefício possível a cada pessoa (Martins, 2001b).

Na componente relacional destaca-se a gestão da problemática da identidade e procura-se promover a capacidade expressiva num espaço onde o adulto pode redescobrir-se

como um agente capaz de se relacionar com o mundo. Este elemento apela à comunicação não-verbal, ao diálogo tonicoemocional e oferece experiências de tensão e descontração, de prazer e desprazer. Procura incentivar a expressão da personalidade, das inibições e da agressividade da pessoa, num ambiente que permite a autodescoberta (Martins, 2001b; Martins, 2015). A nível instrumental pretende-se melhorar a atividade percetiva e simbólica, pela exploração sensoriomotora. Nesta abordagem são valorizadas a intencionalidade e consciencialização da ação, procurando uma relação mais precisa com os objetos e o envolvimento. Apela ao pensamento divergente, à resolução de problemas e permite à pessoa adequar as suas respostas às exigências do meio. No geral, pretende-se melhorar a capacidade de análise, integração e elaboração da informação e a adaptabilidade (Martins, 2001b). Para além da atuação numa dimensão mais relacional ou instrumental, as metodologias utilizadas neste processo podem incluir técnicas de relaxação, estratégias de educação e reeducação gnosoprática e técnicas expressivas (Martins, 2001b).

No fundo, a intervenção psicomotora é uma terapia de mediação corporal dirigida a indivíduos com dificuldades em comunicar e agir perante o mundo exterior. Tem um carácter lúdico que proporciona experiências de exploração sensoriomotora com recurso ao movimento e partindo desta exploração pretende maximizar o potencial de adaptabilidade do indivíduo nos meios onde se insere (EFP, 2012; Fonseca, 2010b; Martins, 2001b).

2. SAÚDE E SAÚDE MENTAL

O conceito de saúde engloba, para além da ausência de doença ou enfermidade, um estado geral de bem-estar físico, mental e social (World Health Organization (WHO), 2014). A WHO reforça a importância da promoção e proteção da saúde, independentemente das crenças religiosas, políticas e condições económicas e sociais, pois é um direito humano que deve estar assegurado para todos (WHO, 2014). Também o conceito de saúde mental, integra mais do que a ausência de doença mental. A saúde mental implica a capacidade de lidar com situações normais de stresse, de exercer uma atividade profissional de forma produtiva e contribuir para a comunidade onde a pessoa se insere, mantendo um estado de bem-estar e de consciência das próprias capacidades (WHO, 2013).

A saúde mental é fundamental para o bem-estar de um indivíduo e para o bom funcionamento da sua comunidade (WHO, 2005) e não pode ser um conceito restrito. Pelo contrário, em saúde mental é essencial ter em conta o impacto de fatores biológicos, socioeconómicos, culturais e políticos sobre a vulnerabilidade de cada pessoa (WHO, 2005; WHO, 2013).

A regulação emocional e comportamental, a qualidade da interação com o outro e a capacidade de lidar com os próprios pensamentos são determinantes na saúde mental. Alguns fatores que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos ou de doença mental são: o desemprego ou a insegurança no emprego, os menores níveis de educação, a pobreza, a discriminação sexual e violência de género, a exclusão social e o estigma e os acontecimentos de vida stressantes. Para além destes, a área de residência em meios urbanos com grande agitação, pode contribuir para o aparecimento destes sintomas, embora o facto de residir em meios rurais isolados onde há falta de oportunidades, de comunicação e de acesso a cuidados de saúde seja considerado também um fator de risco. As experiências precoces negativas, sobretudo no seio familiar, são de grande importância (Alves e Rodrigues, 2010). A WHO, para além de suportar esta informação, considera outros fatores a ter em conta: ser afetado por uma doença crónica, iniciar o consumo de drogas na adolescência, pertencer a grupos minoritários alvo de discriminação e conflitos, exposição a catástrofes naturais, entre outros (WHO, 2013).

Apesar da definição proposta pela WHO, o conceito de saúde mental é complexo e levanta questões culturais, geográficas e históricas que dificultam a criação de uma definição concreta e universal em relação ao que é considerado saudável (WHO, 2005). Nesta dimensão, Alves e Rodrigues (2010) salientam a importância de definir o que é considerada a doença mental de acordo com o contexto cultural. Os mesmos autores consideram que a cultura pode também ser um fator de risco no desenvolvimento de doença mental quando incentiva a adoção de comportamentos desajustados, interações familiares patológicas ou devido a processos de aculturação (Alves e Rodrigues, 2010).

2.1. Saúde Mental em Portugal: Dados Epidemiológicos

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental provocam elevadas taxas de incapacidade a nível psicossocial e de morbilidade na atualidade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), 2008). Em Portugal Continental, a proporção de utentes com perturbações mentais acompanhados nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar. Este aumento, se por um lado, revela o melhor acesso a estes serviços de saúde, por outro, indica o aumento da procura destes serviços pela população, o que indica menores níveis de bem-estar (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2016).

De acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 22,9% da amostra teria uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista, o que corresponde a quase um quarto da população portuguesa. Entre estas perturbações, destacam-se as perturbações da ansiedade (16,5%), seguidas das perturbações do humor (7,9%). Este

valor atribui a Portugal a segunda mais elevada prevalência de doença mental na Europa, antecedido apenas pela Irlanda do Norte com 23,1% (Caldas de Almeida e Xavier, 2013).

O mesmo estudo revela que 5,3% dos entrevistados apresentam duas perturbações em comorbilidade e 2,9% preenche os critérios de diagnóstico de 3 ou mais perturbações. Este dado é importante uma vez que a comorbilidade agrava a severidade das perturbações: os casos graves, em indivíduos com dois diagnósticos, são quase o dobro (20%) comparativamente com indivíduos com apenas um diagnóstico (10,2%), sendo que com 3 ou mais diagnósticos este valor aumenta para 50,2% (Caldas de Almeida e Xavier, 2013).

2.2. Saúde Mental em Portugal: Legislação e Planos de Ação

A mais recente legislação aprovada no âmbito da prestação de cuidados de saúde mental em Portugal inclui o Decreto-Lei n.º 304/2009 e o Decreto-Lei n.º 8/2010. Este último está ligado aos cuidados integrados de saúde mental e pressupõe a criação de unidades e equipas de cuidados continuados integrados que devem incluir residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, em articulação com os serviços locais de saúde mental e com a rede nacional de cuidados integrados. Estas unidades são dirigidas a pessoas em situação de dependência e incapacidade psicossocial provocada por doença mental grave (Decreto-Lei n.º 8/2010). O Decreto-Lei n.º 304/2009 constitui a legislação mais atual das políticas de saúde mental e integra leis publicadas anteriormente (Lei n.º 36/98, o Decreto-Lei n.º 35/99) e as alterações associadas ao Plano Nacional de Saúde Mental e à alteração da orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 304/2009).

Na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98) estão definidos os princípios gerais das políticas de saúde mental. A Lei n.º 36/98 instaurou medidas no sentido de assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos cidadãos e integrá-los no meio onde vivem. Para isso a prestação de cuidados deveria ser na comunidade e os casos de internamento deveriam ser dirigidos a hospitais gerais, onde os cidadãos pudessem ser apoiados da forma menos restritiva possível. Esta Lei contempla ainda a participação do Estado com encargos de serviços de reabilitação, inserção social, apoio residencial e reinserção profissional (Lei n.º 36/98).

Foi criado a partir da Lei n.º 36/98 o Conselho Nacional de Saúde Mental, que representa as associações de familiares e utentes, subsistemas de saúde e profissionais de saúde perante o Governo. Para reorganizar os serviços de saúde mental e assegurar o seu funcionamento, foi implementado ainda o Decreto-Lei n.º 35/99 com o objetivo de oferecer uma melhor resposta às necessidades dos cidadãos, através da articulação dos serviços de saúde mental com a educação, emprego e ação social (Decreto-Lei n.º 35/99).

Foram reportadas melhorias a partir deste regime de organização. Contudo, na ausência de um plano nacional, a implementação das alterações necessárias à reestruturação tornou-se difícil. Assim, foi criada em 2006, a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental responsável por elaborar um plano para a reestruturação destes serviços (Decreto-Lei n.º 304/2009). Surgiu o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 com vista a assegurar o acesso a serviços de saúde mental adequados às necessidades da população e facilitar a sua reintegração e recuperação, contribuindo de uma forma geral para a saúde mental (CNSM, 2008). O Plano Nacional de Saúde Mental foi, entretanto, prolongado até 2020 (DGS, 2016). No sentido de reestruturar os serviços de saúde mental, este plano salienta a importância de criar serviços, equipas ou unidades de saúde mental comunitária, compostas por equipas multidisciplinares que devem incluir não só médicos, mas também outros técnicos de saúde, como psicomotricistas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros (CNSM, 2008).

É importante referir que Portugal está também envolvido em iniciativas internacionais ligadas à promoção da saúde mental. Atualmente, Portugal coordena o projeto Ação Conjunta para a Saúde Mental e o Bem-Estar, uma iniciativa da União Europeia com o objetivo de implementar uma estratégia de ação em políticas de saúde mental e promover a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade (DGS, 2016).

3. PSICOMOTRICIDADE EM SAÚDE MENTAL DE ADULTOS

As vivências corporais ao longo da vida têm impacto sobre o desenvolvimento e bem-estar da pessoa (Martins, 2001a), pois o corpo é o lugar de manifestação de todo o ser (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b; Martins, 2001b). Assim, a intervenção psicomotora oferece benefícios significativos no âmbito da saúde mental, para indivíduos com perturbações de ansiedade, perturbações do humor, perturbações somatoformes, perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicóticas, perturbações do esquema e imagem corporal e outros problemas psicomotores específicos, como dificuldades no equilíbrio ou estruturação espaciotemporal (Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), s.d.).

A forma como o corpo é olhado e sentido desde a infância tem impacto no bem-estar do adulto. Um corpo valorizado apenas quando sofre, ou pelas suas funções mecânica e biológica, é um isolado da mente e esta fragmentação leva o indivíduo a esconder e reprimir os próprios sentimentos perante os outros, devido à dificuldade em identificar o que é sentido (Martins, 2001a). Esta repressão pode ter consequências no bem-estar global do indivíduo e contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia (Quartilho, 2016).

Perante estas dificuldades, alguns objetivos básicos da intervenção psicomotora, referidos acima, mantêm-se (e.g. promoção da autonomia nas tarefas diárias, manutenção das capacidades atuais), embora seja necessário dar especial atenção a outros aspetos específicos. Para unificar o corpo e a mente é necessário promover a consciência do corpo como meio de expressão, comunicação e relação. É importante promover a reconstrução e organização das perceções e ações no espaço e no tempo, de forma a adequá-las à realidade. Devem ser identificados os elementos perturbadores para o indivíduo, para que este possa melhorar as capacidades que permitem dar resposta à situação adversa e ser autor da própria mudança. No caso da existência de défices crónicos ou irreversíveis o psicomotricista tem o papel de apoiar o indivíduo na criação de estratégias para gerir e lidar com essas dificuldades. Finalmente, pretende-se melhorar a autoestima da pessoa, proporcionando vivências corporais com impacto positivo sobre a imagem corporal, a capacidade de relaxação, o controlo respiratório, o equilíbrio e a coordenação (APP, s.d.; Serra, 2005). A psicomotricidade atua com base na vivência tonicoemocional da relação, no sentido de tornar consciente a problemática diagnosticada, exteriorizar emoções cuja mediação não é possível pela palavra e redescobrir a experiência de sensações de prazer, o que permite a reelaboração do esquema e da imagem corporal (APP, s.d.).

Assim, as terapias de mediação corporal como a psicomotricidade, têm um papel importante em saúde mental. A intervenção psicomotora, neste âmbito, tem em vista a redescoberta do próprio corpo como um espaço seguro e funcional onde é possível, para além da ação motora, o desenvolvimento da identidade, a expressão de sentimentos e a relação com o outro. A repetição e consciencialização de experiências positivas e sensações prazerosas, relativiza as experiências anteriores desagradáveis e possibilita a descoberta de uma nova resposta relacional (Martins, 2001a; Martins, 2015)

3.1. Metodologias de Intervenção

As técnicas de relaxação e técnicas expressivas podem ser utilizadas na intervenção psicomotora, pois contribuem para reduzir os sintomas psicossomáticos, gerir as emoções, explorar as possibilidades de comunicação verbal e não verbal e afirmar a identidade. São utilizadas também estratégias gnossopráticas, a partir da exploração da relação dialética entre a ação e representação mental e atuam sobre a cognição (APP, s.d.; Martins, 2001b). Neste documento serão descritas com maior pormenor a relaxação terapêutica e as técnicas expressivas, pois foram utilizadas mais frequentemente durante o estágio.

3.1.1. Técnicas de Relaxação

É possível descontraír de várias formas, com recurso a atividades desportivas, massagem, lazer e recreação. Contudo, a relaxação tem em vista, mais do que atingir um estado de descontração, reduzir a excitabilidade neurofisiológica (Benson, 1975 cit. in Smith, 2007) que reduz os estados de tensão, fadiga e aflição (Smith, 2007). As técnicas de relaxação visam reduzir o stresse a nível neurológico e hormonal e repor a homeostasia. Várias técnicas desenvolvidas neste sentido têm benefícios comprovados (Seaward, 2009).

A relaxação é fundamental em psicomotricidade, pois o seu objetivo é a consciencialização corporal que associada às funções gnóscas e práxicas possibilita a reelaboração do esquema e imagem corporal (Bergès e Bounes, 1985 cit. in Martins, 2001a). A relaxação proporciona experiências apelam à consciência da diferença e complementaridade entre a função tónica e motora e à consciência sensorial e percetiva, a partir da qual há uma maior consciencialização dos estados tónicos. Neste processo, o movimento permite à pessoa experienciar alternadamente estados de atividade e passividade sobre os quais tem controlo e atingir um estado de resolução tónica. Assim, a consciencialização corporal permite identificar o nível de tensão corporal e a ação motora, reduzi-lo. Porém, a relaxação ambiciona mais do que a redução do nível de tensão muscular. Pretende-se direcionar a atenção da pessoa não só para sensações externas, mas para os processos internos envolvidos na relaxação, i.e., para a análise da relação entre o estado tónico, as emoções e as representações criadas sobre o corpo vivido, agido e representado (Martins, 2001a).

As emoções e a cognição determinam a capacidade de aceder a estados de relaxação. Os pensamentos originam emoções que modificam os estados corporais. Estes elementos podem limitar o processo, quando a pessoa se preocupa com elementos externos, o que impede a concentração sobre si própria. Contudo, podem contribuir para a perceção dos próprios mecanismos de funcionamento, pela associação entre as experiências da sessão e os momentos em que a pessoa sente e pensa da mesma forma na sua vida. Os estados corporais são modificados de acordo com as cognições e emoções geradas sobre as condições do meio. As cognições e emoções têm impacto sobre a perceção do mundo exterior, pois são modificadas pela representação mental das possibilidades de ação em cada situação e pelo valor emocional atribuído à mesma (Martins, 2001a).

A tonicidade é particularmente importante em relaxação pela importância do tónus enquanto elemento de suporte e pelo seu papel na regulação das emoções (Martins, 2001a). O diálogo tonicoemocional assume um papel essencial, pois reflete o impacto das vivências corporais ao longo da vida sobre o desenvolvimento e função tónica (Boscaini,

2003). A gestão da proxémia, o tipo de contacto possível e confortável entre o terapeuta e o utente, a fluência, tonalidade e projeção da voz e os ritmos pessoais moldam a interação com o outro, com base nas experiências anteriores (Martins, 2001a; Maximiano, 2004).

O diálogo tonicoemocional estabelece-se desde a relação com a mãe e tem repercussões distintas de acordo com a qualidade desta relação. Se as relações precoces satisfatórias e seguras com a figura de vinculação proporcionam estados de calma e descontração na vida adulta, pelo contrário, a carência afetiva e insegurança resultam em estados de hipertonia e descargas motoras (Martins, 2001a). As experiências precoces em que a criança é olhada, envolvida, transportada e acariciada, em que a mãe proporciona experiências de contenção e compreende as emoções da criança, aumentam o seu sentimento de confiança. Estas vivências contribuem para a estabilidade emocional e organização positiva da imagem corporal e atribuem à experiência da tensão um estado de prazer, pois perante este estado, a mãe dá resposta aos desejos da criança e satisfaz as suas necessidades (Martins, 2015). Nesta relação dialética há uma proximidade segmentar e uma relação de continuidade onde a criança aprende os seus limites corporais e reconhece a própria pele como elemento contentor (Martins, 2001a).

A palavra, em relaxação, introduz imagens que promovem a descontração e segurança ao longo do processo, pois garante a presença do terapeuta, testemunha da modificação tónica experienciada. Para além do seu papel securizante, a palavra deve ser utilizada pelo utente para qualificar a vivência tónica (Martins, 2001a). A verbalização do que é sentido e a relação transferencial com o terapeuta colocam em destaque as dificuldades da pessoa e permitem tomar consciência do seu funcionamento atual. A percepção do desprazer e a consciencialização das sensações corporais e das reações desajustadas é o ponto de partida para modificar a habitual forma de funcionamento, introduzindo uma nova forma de estar e sentir associada a sensações de bem-estar e tranquilidade (Martins, 2001a).

A exploração da relação com o outro, em relaxação, pretende permitir à pessoa tornar-se agente na relação, não permanecendo passivo, nem dominando e impedindo a expressão do outro. Se a postura do indivíduo é mais passiva, pode iniciar-se com experiências de contenção, pela mobilização pelo próprio ou pelo terapeuta. A partir desta experiência, pretende-se que o indivíduo se sinta mais seguro e confiante, o que lhe permitirá tomar iniciativa na ação sobre o outro e explorar as possibilidades de relação. A reciprocidade da relação e a relação de causalidade, em que há consciência do que é sentido pelo próprio e pelo outro contribuem para o respeito do espaço e dos ritmos de cada um. A progressão entre estes passos, permite chegar à compreensão do outro e à experiência de uma

relação segura e desejável entre o sujeito e o terapeuta, que idealmente será transposta para outros domínios da vida do indivíduo (Martins, 2001a; Maximiano, 2004).

Parte-se de uma experiência de vulnerabilidade e dependência para situações onde é possível agir de forma voluntária e intencional sobre o outro, com capacidade auto avaliativa. Esta evolução é possível através da descoberta da diferença entre a passividade e a atividade, entre a dependência e a ação sobre o outro e resulta na modificação da forma de estar e relacionar-se no contexto social e interpessoal (Martins, 2001a).

As técnicas de relaxação devem ser adequadas às características de cada pessoa, pois apenas desta forma é possível obter melhorias no seu bem-estar global (Seaward, 2009; Smith, 2007). Assim sendo, em psicomotricidade as técnicas de relaxação são utilizadas no sentido de proporcionar um conjunto de sensações e emoções no corpo, para que a reflexão sobre as mesmas permita atribuir significado ao que é sentido e para que a pessoa crie estratégias mais adaptativas para lidar com a adversidade (Martins, 2001a).

3.1.2. Técnicas Expressivas

As técnicas expressivas utilizam a música, o movimento ou dança, a pintura ou desenho e outras atividades artísticas como recursos psicoterapêuticos. Estas devem ser utilizadas de acordo com as características da pessoa e dos objetivos definidos (Malchiodi, 2005).

As técnicas expressivas integram elementos artísticos no processo terapêutico (Górska, 2009 cit. in Hoffmann, 2016) como recurso que permite a expressão das emoções (Szulc, 2001 cit. in Hoffmann, 2016). Podem ser utilizadas várias formas de arte de acordo com as características da pessoa. Hoffmann (2016) refere que o teatro é adequado para exteriorizar emoções reprimidas que ao serem percebidas modificam a autoimagem, aumentam o sentimento de segurança e criam uma perspetiva positiva das próprias capacidades.

O grafismo, a cor, o desenho, a música e o movimento, entre outras formas de arte têm valor terapêutico, pois colocam a pessoa em contacto com os seus pensamentos, sonhos e desejos. Esta abordagem é importante em psicomotricidade, dada a complexidade do ser humano que por vezes não é capaz de exteriorizar as suas emoções (Martins, 2001a; Robbins, 1986). A expressão artística reflete as experiências e sentimentos de cada pessoa e permite pensar sobre os próprios desejos e exteriorizar as suas experiências e sentimentos de forma simbólica (Hoffmann, 2016). O movimento ou a dança, tal como outras técnicas expressivas, incentivam o indivíduo a observar-se e a sentir-se, permitindo a externalização de sentimentos ocultos. A expressão pelo movimento revela aspetos da personalidade e modifica o modo de funcionamento da pessoa. Esta modificação é

possível pela observação do próprio comportamento e movimento, que permite tomar consciência do modo de funcionamento atual e explorar novas formas de agir. O movimento contribui para a expressão de emoções reprimidas, para o desenvolvimento de competências motoras, para a organização da imagem corporal (Siegel, 1986), para o desenvolvimento da criatividade, da imaginação e da empatia (Hoffmann, 2016).

Neste tipo de abordagem, o terapeuta pode recorrer ao movimento, à visão e ao som como instrumentos de jogo no contexto terapêutico, a partir das quais o utente pode expressar aspetos internos relacionados com os seus desejos, medos e experiências, uma vez que as técnicas expressivas permitem explorar as possibilidades de comunicação com o outro (Robbins, 1986). Estas técnicas não devem ser consideradas apenas no plano não verbal, pois essa é apenas uma componente que deve ser complementada com a expressão pela palavra. A verbalização torna concretas as emoções e pensamentos que surgem ao longo do processo terapêutico e facilita a integração das mesmas (Malchiodi, 2005).

As técnicas expressivas visam provocar modificações na mente e na expressão do comportamento, seguindo um modelo holístico (Siegel, 1986). Bassin, Lyshak e Robbins (1986) consideram o processo criativo como uma ferramenta importante no crescimento e tratamento psíquico. Perante situações em que o utente evita o acesso a conflitos internos não conscientes, as técnicas expressivas eliminam as barreiras que impedem o acesso a estes conflitos e permitem exteriorizar e integrar os mesmos num ambiente securizante, onde a pessoa pode conhecer melhor o seu modo de funcionamento (Bassin et al., 1986).

Malchiodi (2005) aponta as conexões entre corpo e mente como uma das características mais importantes das técnicas expressivas, i.e., a influência da mente sobre as funções corporais. Este tipo de técnicas tem implicações positivas em perturbações psiquiátricas que recebem intervenções de carácter psicocorporal, como é o exemplo das perturbações do humor e de ansiedade (Malchiodi, 2005). A utilização de técnicas expressivas como recurso terapêutico tem benefícios na autoaceitação, autoestima, redução da ansiedade e melhoria das competências sociais, pois facilita o acesso às próprias emoções (Hoffmann, 2016). As técnicas expressivas têm benefícios na saúde mental de crianças e adultos com perturbações na linha da ansiedade e depressão, perturbações psicóticas ou outros traços patológicos. Apesar de ser possível utilizar as técnicas expressivas no âmbito reabilitativo, Hoffmann (2016) salienta também a importância da sua função preventiva.

3.1.3. Aplicação Prática

Estas técnicas foram aplicadas de acordo com os benefícios de cada uma para as características da pessoa. Em vários casos foram utilizadas ambas as metodologias, de forma complementar, o que contribuiu para atingir vários objetivos.

As técnicas de relaxação foram utilizadas no sentido de dirigir a atenção da pessoa para si própria, para o seu corpo como um todo, considerando a sua realidade externa e interna. As técnicas utilizadas e a sua aplicação dependeram também das características da pessoa, i.e., se tolera estar parado ou deitado, se tem capacidade de mentalização, se tolera o toque, entre outros aspetos. Em situações de dificuldade em estar parado ou deitado, foi possível realizar as atividades sentado, ou foram propostas atividades mais dinâmicas que permitissem igualmente à pessoa focar-se na consciencialização corporal e reflexão sobre o que é sentido. Alguns utentes tiveram dificuldade em estar em contacto com os próprios pensamentos, em atividades de introspeção e reflexão, pelo que o tempo nestas atividades foi aumentado de forma progressiva. Finalmente, procurou-se integrar a gestão da proximidade física e do toque ao longo das atividades pelo próprio utente, aproximando-se ou retomando o seu espaço quando necessário e de acordo com os seus desejos.

As técnicas expressivas foram extremamente importantes nos contextos de grupo, pois contribuíram para criar uma maior coesão entre o grupo e para aumentar o sentimento de segurança dos utentes num novo contexto. Para além disso, tiveram um papel determinante enquanto complemento às atividades de relaxação, no final das quais se procurava proporcionar a reflexão e exteriorização do que foi sentido, pelo movimento, pelo grafismo, pela seleção de uma cor que traduz o estado da pessoa, entre outras opções.

4. DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA

O espaço@com dá resposta a utentes com diversos diagnósticos. Ao longo do estágio, contudo, grande parte dos utentes referenciados apresentavam queixas na linha da ansiedade (25%) e depressão (19%) – dados relativos ao espaço@com Massamá e Damaia. Para além destas problemáticas observadas ao longo do período de estágio, foram observados processos de somatização na expressão sintomática de alguns utentes, ainda que não contemplados no diagnóstico. De seguida, são descritas as psicopatologias acima referidas e os processos de somatização, bem como o papel da intervenção psicomotora sobre estas problemáticas.

4.1. Perturbações de Ansiedade

De acordo com o DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition), as perturbações de ansiedade são caracterizadas pela expressão excessiva do medo e da ansiedade que se refletem no comportamento. Alguns autores referem que o medo e a ansiedade surgem de forma natural e positiva ao longo da vida, pois estimulam para o agir e para a procura de proteção e bem-estar (American Psychiatric Association (APA), 2013; Kaplan e Sadock, 1998; Paulino e Godinho, 2005). De acordo com o DSM-V, a ansiedade é considerada patológica quando existem reações excessivas e não transitórias, que persistem intensamente durante cerca de 6 meses, no caso dos adultos. Relativamente à prevalência, as perturbações de ansiedade ocorrem mais frequentemente nas mulheres do que nos homens, num rácio de aproximadamente 2 para 1 (APA, 2013). A patologia da ansiedade é caracterizada pelo acumular de tensões internas e medos não acompanhados de um objeto ameaçador (André, Benavidès e Canchy-Giromini, 1996). Os indivíduos com perturbações de ansiedade têm tendência para sobrestimar as situações de perigo. Contudo, o contexto cultural pode marcar a diferença entre o saudável e o patológico, pelo que é essencial compreender se, no meio em questão, a perceção da ameaça e o comportamento adotado são ou não desadequados (APA, 2013).

As perturbações de ansiedade têm aspetos comuns e podem existir em comorbilidade, mas distinguem-se pelas situações e cognições que geram medo, ansiedade ou comportamento evitante. O DSM-V distingue as seguintes perturbações de ansiedade: perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social (fobia social), perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por medicação ou abuso de substâncias, perturbação de ansiedade devido a outra condição médica, perturbação de ansiedade com outra especificação e perturbação de ansiedade não especificada (APA, 2013). Neste documento optou-se por analisar as perturbações de ansiedade de forma global, ao invés de especificar um dos diagnósticos apresentados, pois na observação e intervenção com um utente, mais do que o foco no diagnóstico, é essencial perceber como se expressa a sua problemática no corpo, nas relações e nas tarefas do seu dia-a-dia.

Para compreender os processos patológicos associados às perturbações de ansiedade é importante diferenciar stresse de ansiedade. O stresse é uma resposta do organismo que permite corresponder às exigências de uma situação presente, percebida como arriscada (APA, 2013; Selye, 1926 cit. in Everly e Lating, 2013). O stresse surge devido à perceção subjetiva de que o indivíduo não tem capacidade de resposta para as exigências do meio

(Lazarus e Folkman, 1984 cit. in Butler, 1993; Serra, 2000) e provoca a ativação de instintos de sobrevivência, como os comportamentos de fuga (Harrison, Ahn e Adolphs, 2015). Já a ansiedade é uma reação que pode ser provocada pela percepção exagerada de uma situação de perigo, ou pela antecipação de uma ameaça difusa. É um mecanismo de ação prolongada, que pode não ser despoletado por um estímulo específico e que se pode prolongar no tempo. A ansiedade provoca estados de hipervigilância caracterizados pelo aumento da tensão muscular e vigilância que colocam a pessoa em preparação constante para o perigo (APA; 2013; Kaplan e Sadock, 1998; Sylvers, Lilienfeld e Lapraririe, 2011).

A ansiedade enquanto sintoma pode estar presente em várias perturbações, embora nas perturbações de ansiedade se destaque por ser o sintoma mais evidente e causador de maior disfunção (Cowen, Harrison e Burns, 2012). A ansiedade pode ser analisada enquanto traço e estado. A ansiedade traço é um elemento da personalidade da pessoa, uma predisposição para experienciar ansiedade ao longo da vida. Já a ansiedade estado é uma emoção transitória que representa o nível de ansiedade sentido num momento devido às circunstâncias em que a pessoa se encontra. Estes conceitos não devem ser dissociados, pois a tendência para experienciar estados de ansiedade é tanto maior quanto mais elevada for a ansiedade traço (Spielberger, 1972 cit. in Barlow, 2002).

As perturbações de ansiedade provocam sintomas não explicados por doenças orgânicas ou outra perturbação psiquiátrica (APA, 2013; Cowen et al., 2012). Os sintomas de ansiedade podem expressar-se no corpo revelando conflitos internos que o indivíduo não é capaz de resolver pela mentalização, gerando defesas tonicomotoras caracterizadas por estados corporais e emocionais de grande tensão (Martins, 2001a). André et al. (1996) apontam algumas características do indivíduo ansioso: a hiperexcitabilidade (estado constante de alerta), a hipertensão psíquica (sentimentos de insegurança e fraqueza e sensação de tensão constante), a hipertonía muscular (contrações espasmódicas, dor, rigidez, falta de controlo dos movimentos voluntários) e a hiperreatividade (reações excessivas a estímulos como o ruído que desencadeiam respostas somáticas).

A ansiedade provoca sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais. Os sintomas físicos incluem palpitações, sensação de fraqueza, elevados níveis de tensão muscular, náuseas, dores de cabeça, hiperventilação, entre outros provocados pela ativação do sistema nervoso autónomo e com impacto a nível gastrointestinal, respiratório, cardiovascular e genitourinário. A nível emocional podem surgir sentimentos de medo, inquietude, antecipação de situações indesejadas, ruminação, pesadelos e irritabilidade. A nível cognitivo podem surgir preocupações relacionadas com que a pessoa mais teme (e.g.

a morte) ou dificuldades de concentração. No comportamento podem ser evitadas situações consideradas desagradáveis, roer as unhas, entre outros (Amajuoyi, Joseph e Udoh, 2013; André et al., 1996; Cowen et al., 2012; Paulino e Godinho, 2005). Estes sintomas têm repercussões na vida do sujeito, pois para além das alterações fisiológicas e psicológicas, a ansiedade provoca confusão e dificuldades na relação. Estas dificuldades comprometem o pensamento, a percepção e a aprendizagem (Kaplan e Sadock, 1998).

Os estados de hipertonia, hipervigilância, astenia e o medo excessivo e injustificado característicos de indivíduos com perturbações de ansiedade, levam à percepção de um corpo falível que não tem capacidade de resposta para as ameaças do meio. A relação com o outro fica comprometida, pois a dificuldade em criar laços afetivos leva o indivíduo a rejeitar a possibilidade de qualquer expressão agressiva, o que condiciona a expressão dos seus pensamentos e desejos. Assim, cria-se uma ambivalência que resulta do receio de ouvir o próprio corpo, pois embora exista o desejo de se relacionar com o outro, é acumulada uma grande tensão devido ao medo de falhar na relação (André et al., 1996).

A nível etiológico nas perturbações de ansiedade há que considerar a predisposição genética e os fatores do temperamento e do envolvimento (APA, 2013). As experiências precoces repetidas de rejeição pelas figuras de referência originam esquemas de auto desvalorização característicos de indivíduos com perturbações de ansiedade. O excesso de críticas e repreensões, frequentes em modelos familiares demasiado rígidos, geram sentimentos de insegurança nas crianças que não acreditam ser possível melhorar e obter reações positivas por parte do outro, de modo que adotam uma postura de submissão permanente. Esta postura mantém-se na escola e afeta a relação com os pares, o que gera sentimentos de inferioridade, insegurança, desinteresse, impotência e baixa autoestima. Estas experiências aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade, pois ao longo da vida a pessoa tem dificuldade em encontrar mecanismos de adaptação para dar resposta às exigências do meio (Debray e Nollet, 2004).

Há fatores com impacto no desenvolvimento de perturbações de ansiedade. Cowen et al. (2012) consideram que a predisposição para desenvolver uma perturbação de ansiedade generalizada, por exemplo, depende de fatores genéticos e do envolvimento que, desde a infância, atuam numa personalidade com tendência a experienciar ansiedade. Alguns fatores de risco são a superproteção/indiferença parental, situações de adversidade na infância (e.g. maus tratos), inibição comportamental, abuso físico ou sexual. Por outro lado, há fatores de proteção como as boas relações intrafamiliares, o incentivo da exploração do envolvimento na infância, a transmissão de sentimentos de segurança e o desenvolvimento

de boas estratégias de *coping* (APA, 2013; Debray e Nollet, 2004; Janssens et al., 2009; Martins, 2001a; Rapee, 1997 cit. in Vreeke, Muris, Mayer, Huijding e Rapee, 2013).

4.1.1. Intervenção Psicomotora nas Perturbações de Ansiedade

A psicomotricidade é um apoio importante para utentes com perturbações de ansiedade. A forma como as perturbações de ansiedade se manifestam é variável consoante as características do indivíduo. Da mesma forma, a psicomotricidade é uma terapia flexível que se adapta às necessidades de cada pessoa, promovendo o seu autoconhecimento e capacidade de mudança de forma a obter um maior nível de bem-estar (Maximiano, 2004).

Breitve, Hynninen e Kvåle (2010) revelam a eficácia da intervenção psicomotora na redução de sintomas de ansiedade e depressão. O seu estudo reporta melhorias na qualidade de vida de utentes que frequentaram sessões de psicomotricidade durante 6 meses, comparativamente com um grupo de controlo. Para além desta melhoria, os resultados revelam que no período de follow-up entre 6 a 12 meses os participantes continuaram a referir melhorias (Breitve et al., 2010), o que é consistente com o que se pretende no âmbito da intervenção psicomotora: observar o sintoma como sinal que representa algo mais profundo e contribuir para o autoconhecimento e para a reelaboração do esquema e da imagem corporal, de maneira que a própria pessoa reencontre o seu estado de equilíbrio e se adapte perante as exigências da sua vida diária (Martins, 2001a).

A imagem corporal deve ser central no processo de intervenção, de forma a modificar a perceção do corpo falível e melhorar a capacidade de se relacionar (Martins, 2001a). As técnicas expressivas facilitam a expressão de emoções reprimidas e permitem encontrar estratégias para lidar com as mesmas. Este confronto permite modificar o valor emocional atribuído ao próprio corpo e explorar as possibilidades de relação (Hoffmann, 2016).

A relaxação em psicomotricidade permite realizar uma intervenção em que o indivíduo se sente confortável e não invadido, pois pode partir da automassagem, regulada pelo próprio. Esta metodologia contribui para a consciencialização corporal e para a reorganização da imagem corporal e da identidade, como pretendido. À medida que o indivíduo se sente mais confortável, pode ser proposto o contacto mediado pelo objeto e, finalmente, o toque do outro e no outro (Maximiano, 2004). Mais do que proporcionar conforto e sensações agradáveis pretende-se, com recurso ao toque, promover a consciencialização corporal (Martins, 2001a). A partir das experiências proporcionadas no contexto terapêutico e valorizando o corpo como elemento que sente, pretende-se capacitá-lo como objeto de relação que expressa e reconhece emoções no outro. Esta exploração contribui para a

representação do que é vivido e abre espaço para a resolução de conflitos internos que geram sentimentos de inferioridade e impotência nestes indivíduos (Lièvre e Staes, 2012).

As técnicas expressivas permitem expressar desejos, sentimentos e características da personalidade. Os indivíduos com perturbações de ansiedade, têm frequentemente experiências de vida negativas que criam posturas de submissão e insegurança (Debray e Nollet, 2004). A perceção deste funcionamento, num contexto seguro onde a pessoa se observa e sente, permite modificar o funcionamento atual e eliminar mecanismos com consequências nefastas para o bem-estar da pessoa (Bassin et al., 1986; Hoffmann, 2016).

Tendo em conta as dificuldades na relação, características de indivíduos com perturbações de ansiedade, é essencial promover a agentividade. Partindo de um corpo agido, contido e mobilizado pelo terapeuta, o utente deve descobrir um corpo transformador que é agente e objeto e está disponível para se relacionar com segurança (Martins, 2001a). A utilização de recursos expressivos neste processo contribui para promover as competências sociais e a relação com o outro, facilitando o acesso às próprias emoções (Hoffmann, 2016).

O diálogo tonicoemocional tem um papel preponderante, pois a gestão da proxémia, o tipo de mobilização e o toque têm implicações na regulação tónica. Estas alterações permitem consciencializar as oscilações tónicas e possibilitam a sua resolução pela ação motora, o que melhora o autoconhecimento, a regulação tonicoemocional e reduz os sentimentos de impotência e angústia. A palavra, para além da exploração da relação com o outro, proporciona segurança e facilita o acesso à passividade (Martins, 2001a).

O recurso às técnicas de relaxação procura mais do que a promoção da capacidade de relaxar. Acima de tudo, é através da auto-observação que se capacita a pessoa para compreender melhor o seu corpo e as próprias emoções, exteriorizando sentimentos de ansiedade e angústia num contexto contentor onde é possível experienciar sentimentos de confiança e segurança. A partir desta experiência e da atribuição de um significado pessoal à mesma pretende-se promover o acesso a sensações de bem-estar e prazerosas, que proporcionam bem-estar e tranquilidade ao indivíduo (Martins, 2001a).

O National Institute for Health Care and Excellence (NICE) propõe algumas linhas orientadoras, para intervir, por exemplo, com indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada (PAG). Neste caso, destaca-se a importância de informar sobre a patologia, construir uma relação terapêutica que permita discutir opções de tratamento e explorar as preocupações da pessoa, envolvendo-a na própria mudança. O NICE defende que os cuidadores devem estar envolvidos no processo e deve ser dada atenção às suas necessidades (National Institute for Health Care and Excellence (NICE), 2011).

É proposto um modelo de intervenção composto por 4 passos, denominado *stepped care*. Este modelo pressupõe a adequação da natureza da intervenção de acordo com a expressão da patologia, partindo de intervenções menos intrusivas e recorrendo a métodos mais intrusivos, apenas se os anteriores não forem eficazes (NICE, 2011).

O primeiro passo é dirigido a qualquer pessoa com sintomas ou indicadores de PAG. Pretende avaliar a pessoa, informar sobre a patologia, discutir opções de tratamento e proporcionar uma monitorização ativa. Numa segunda abordagem, dirigida a pessoas com diagnóstico de PAG sem melhorias após o primeiro passo, são indicadas intervenções psicológicas de baixa intensidade, programas de autoajuda e a psicoeducação. O terceiro passo pretende dar resposta a utentes que têm dificuldades funcionais marcadas, ou não obtiveram melhorias no passo 2. São sugeridos o tratamento farmacológico ou intervenções psicológicas de alta intensidade (terapia cognitivo comportamental ou relaxação). Já o quarto passo destina-se a indivíduos com diagnóstico de PAG com dificuldades funcionais marcadas, negligência e risco de autoagressão. Neste caso recomenda-se o tratamento farmacológico, intervenções psicológicas de alta intensidade (possivelmente combinados), hospital de dia, internamento ou outras abordagens multidisciplinares (NICE, 2011).

4.2. Perturbações Depressivas

No DSM-V, ao contrário da edição anterior, as perturbações depressivas são descritas separadamente das perturbações bipolares, embora estes grupos partilhem características como a presença marcada de sentimentos de tristeza, de um humor vazio ou irritável e de alterações somáticas e cognitivas que interferem de forma significativa no funcionamento do indivíduo (APA, 2013). A depressão é a quarta maior causa de incapacidade a nível mundial, sendo que entre as perturbações depressivas, Kessler e Bromet (2013) destacam a depressão major. A prevalência desta perturbação é variável consoante os países, mas os autores referem que é mais elevada em países com rendimentos médios mais altos. As perturbações depressivas têm início frequentemente em adultos jovens, mas tendem a perdurar ao longo da vida como uma condição crónica ou recorrente. Há mais mulheres afetadas, num rácio de 2 para 1, comparativamente com os homens. As perturbações depressivas comprometem a qualidade de vida, com maior impacto em indivíduos residentes em países com rendimentos médios mais elevados (Kessler e Bromet, 2013).

O DSM-V inclui as seguintes patologias como perturbações depressivas: perturbação disruptiva da desregulação do humor, perturbação depressiva major (inclui o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-

menstrual, perturbação depressiva induzida por medicação ou abuso de substâncias, perturbação depressiva devido a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada (APA, 2013). Neste documento optou-se por analisar as perturbações depressivas de forma global, ao invés de focar um dos diagnósticos apresentados. Isto porque na observação e no processo de intervenção com um utente, mais do que o foco no diagnóstico, é essencial perceber como se expressa a sua problemática no corpo, nas relações e nas tarefas do seu dia-a-dia.

As perturbações depressivas são caracterizadas pelo humor depressivo que provoca sentimentos de tristeza permanentes e não passíveis de modificação pelas circunstâncias externas. Este humor é marcado pelo pessimismo, pela falta de esperança no futuro e na possibilidade de sair do sofrimento em que a pessoa se encontra e por sentimentos de desespero. Em alguns casos há um estado de indiferença afetiva caracterizada pela dificuldade em estar em contacto com as próprias emoções e expressar agrado ou desagrado perante o exterior (Costa e Maltez, 2005; Scharfetter, 2005).

Numa perspetiva psicanalítica, as perturbações depressivas refletem a perda de um objeto que provoca sentimentos de ódio dirigidos ao próprio. Neste sentido, a depressão pode ser interpretada como uma procura de socorro e auxílio (Costa e Maltez, 2005). Champion e Power (1995 cit. in Costa e Maltez, 2005) sugerem que estas perturbações podem também surgir quando um objetivo é excessivamente valorizado comparativamente com outras áreas da vida. Este papel assume uma importância tal, que qualquer ameaça ao mesmo resulta na auto desvalorização, redução da autoestima e aumento do humor depressivo.

A auto desvalorização característica de indivíduos com perturbações depressivas tem implicações na autoimagem, nas capacidades e realizações da pessoa. A auto desvalorização resulta em sentimentos de insegurança e incapacidade para controlar a própria vida, ideias de culpa produzidas por pequenas falhas, desvalorização do passado e elaboração do mesmo com enfoque em aspetos negativos e desvalorização do presente e futuro, sobre os quais as expectativas são as piores, o que pode adicionar a este quadro ideação suicida. A inquietação, ansiedade, ruminação e falta de persistência são características de indivíduos com perturbações depressivas. Nos casos mais graves, pode surgir sintomatologia delirante, ligada às principais preocupações (e.g. saúde, segurança), intensificadas pelo humor depressivo. No fundo, a pessoa desvaloriza a própria vida e entra num estado de anedonia em que se isola e perde o interesse por interagir com o exterior (Costa e Maltez, 2005; Harrison, Geddes e Sharpe, 2006; Scharfetter, 2005).

As vivências corporais são afetadas nestes indivíduos. Os sentimentos de tristeza comportam mal-estar físico, falta de vigor e energia que aumentam as sensações de fadiga e de estar doente. Alguns sintomas comuns incluem cefaleias, astenia, obstipação, boca seca, variação do humor ao longo do dia (pior de manhã), lentificação psicomotora, perda de apetite, de peso e da libido. O sono é também afetado: em alguns casos, a pessoa acorda poucas horas depois de adormecer e não consegue voltar a dormir e, noutros, o tempo de sono prolonga-se (Costa e Maltez, 2005; Harrison et al., 2006; Scharfetter, 2005).

A nível psicomotor podem existir várias alterações. Por um lado, pode observar-se uma maior agitação expressa pela dificuldade em estar parado ou por movimentos repetitivos. Por outro, pode haver inibição, que afeta o comportamento e a aparência da pessoa. Indivíduos com este tipo de perturbações por vezes desinteressam-se pela própria imagem, o que resulta na falta de cuidado com o vestuário e numa apresentação negligente. A nível postural e expressivo, estes sujeitos têm tipicamente as comissuras labiais para baixo e o sobrolho carregado. A sua postura é geralmente fletida, com os ombros descaídos e a cabeça inclinada para baixo. Há uma lentificação que se expressa não só no movimento, mas também no rendimento cognitivo, no raciocínio e na atenção prestada ao que se passa no envolvimento (Costa e Maltez, 2005; Scharfetter, 2005).

Schrijvers, Hulstijn e Sabbe (2008) apontam alguns sintomas psicomotores cuja identificação pode ser importante no sentido de detetar precocemente perturbações depressivas. Os autores referem que ao longo do tempo estes sintomas têm sido considerados cada vez mais importantes pela sua função preventiva. Alguns sintomas referidos incluem: lentificação da marcha, agitação ou lentificação psicomotora, alterações na motricidade global e fina, particularmente caracterizadas pela lentificação no movimento, défices cognitivos e alterações no discurso (menor prosódia, longas pausas, tom de voz mais baixo, lentificação e hesitação no discurso). Schrijvers et al. (2008) referem ainda que estes sintomas podem ser indicadores da severidade da perturbação.

Costa e Maltez (2005) identificam alguns erros cognitivos específicos que podem agravar-se em indivíduos com perturbações depressivas: a abstração seletiva (atribuição de demasiada importância a detalhes negativos, numa situação possivelmente positiva), a maximização ou minimização de acontecimentos excessivamente valorizados (exagero na importância atribuída a eventos negativos e retirar de importância de eventos positivos), a interferência arbitrária (situações em que a pessoa assume conclusões negativas sem evidências) e a personalização (situações em que a pessoa assume a responsabilidade por acontecimentos negativos quando as causas lhe são alheias).

A etiologia das perturbações depressivas engloba vários fatores, desde os acontecimentos da vida do sujeito e das suas reações perante os mesmos, a aspetos biológicos. Alguns fatores que aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento destas perturbações incluem: ser do género feminino, ser mulher casada, ser homem e viver sozinho, passar por uma separação conjugal ou conflito com figuras importantes para a pessoa, sofrer perdas parentais antes da adolescência, ter antecedentes familiares de depressão, não ter um confidente, ser privado de afeto materno, estar inserido em ambientes de discórdia familiar na infância e o facto de residir num meio urbano (Costa e Maltez, 2005).

Harrison et al. (2006) suportam os fatores apresentados por Costa e Maltez (2005) e reforçam a existência de fatores biológicos, psicológicos e sociais na etiologia das perturbações depressivas. A nível biológico consideram importante a hereditariedade e a predisposição genética. A nível psicológico, salientam a tendência para pensar negativamente sobre o ego, o futuro e o mundo, as características da personalidade como a má adaptação ao stress e a baixa autoestima. A nível social, destacam as experiências adversas na infância, os acontecimentos de vida recentes e a ausência de apoio social.

A adolescência é uma fase da vida de grande importância e, dependendo do seu curso, outras fases da vida da pessoa podem ser afetadas. Neste sentido, vários comportamentos da fase da adolescência podem ter impacto sobre o desenvolvimento de sintomas depressivos (Cairns, Yap, Pilkington e Jorm, 2014). O consumo frequente e em grande quantidade de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, embora não seja possível estabelecer uma relação unidirecional, i.e., o humor depressivo também pode incitar ao consumo de álcool como automedicação. Esta relação pode aplicar-se também ao consumo de tabaco e canábis ou outras drogas ilegais (Cairns et al., 2014).

A alimentação é um aspeto sensível durante a adolescência. As dietas com restrições alimentares aproximadas aos padrões das perturbações do comportamento alimentar aumentam o risco de desenvolver depressão. Podem surgir também sintomas depressivos devido ao peso, que afeta a imagem corporal e a autoestima. Pelo contrário, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e equilibrados é um fator de proteção (Cairns et al., 2014).

As estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes dependem das aprendizagens. Uma educação que fomenta a exploração de estratégias construtivas de resolução de problemas, permite lidar mais facilmente com as modificações físicas, sociais, mentais e emocionais e adotar estratégias de *coping* positivas, que reduzem o risco de depressão. Pelo contrário, estratégias focadas em comportamentos autodestrutivos, ou a atitude evitante e impulsiva aumentam o risco de desenvolver depressão (Cairns et al., 2014).

O sono é afetado em indivíduos com sintomas depressivos e para além de agravar os sintomas é um fator de risco em indivíduos saudáveis. Particularmente na adolescência, os padrões de sono são fundamentais para promover o desenvolvimento cognitivo e emocional e reduzir o risco de desenvolver perturbações depressivas (Cairns et al., 2014).

Harrison et al. (2006) referem que mais de metade dos indivíduos que têm um episódio depressivo terão outro, piorando o prognóstico consoante a gravidade da depressão. Nesta população, o risco de suicídio é 10 vezes maior comparativamente com indivíduos saudáveis. Os autores referem que 4% dos utentes com depressão acabam por morrer, sendo que este número sobe para 15% no caso de doentes sujeitos a internamentos.

4.2.1. Intervenção Psicomotora nas Perturbações Depressivas

O acompanhamento psicoterapêutico nas perturbações depressivas deve atuar sobre as componentes que provocam o humor depressivo. A relação terapêutica tem um papel fundamental, pois estabelece uma relação de confiança em momentos de isolamento, o que representa, para o utente, uma fonte de esperança para o futuro (Costa e Maltez, 2005).

Harrison et al. (2006) reforçam que a combinação do tratamento psicoterapêutico com o farmacológico é o mais eficaz para estes indivíduos. No âmbito da intervenção psicomotora, o corpo é a unidade que possibilita o contacto com as emoções e o retomar do controlo sobre a própria vida. O foco nas sensações corporais, na estabilidade, no controlo e na consciencialização corporal, com recurso ao movimento e ao toque permite voltar a assumir o controlo sobre o próprio corpo e sobre as próprias sensações (Ekerholt, Schau, Mathismoen e Bergland, 2014). O estudo de Breivite et al. (2010) suporta esta informação ao demonstrar a eficácia da intervenção psicomotora na redução de sintomas depressivos e na melhoria da qualidade de vida de indivíduos com estas perturbações.

Um aspeto fundamental é a deteção e correção das distorções cognitivas, que baixam a autoestima destes indivíduos, levando-os a crer que são incapazes de corresponder às exigências do meio e que não há possibilidade de sair do sofrimento em que se encontram. Neste sentido, é essencial reintroduzir a convicção de controlo interno e de autoeficácia, e a crença de que é possível ter poder sobre a própria vida (Costa e Maltez, 2005). A descoberta do controlo interno é possível partindo da exploração e redescoberta das possibilidades de ação num espaço securizante. Neste sentido, o foco na vertente relacional da intervenção psicomotora pode ser benéfico, pois permite expressar, com recurso à comunicação verbal e não-verbal, a personalidade da pessoa, as suas experiências e os sentimentos gerados pelas mesmas (Martins, 2001b; Martins, 2015).

A dança e o movimento têm impacto positivo sobre as perturbações depressivas, com melhorias no humor e nas percepções subjetivas de bem-estar e qualidade de vida. Além disso, foram reportadas melhorias no que diz respeito aos sintomas somáticos, na redução da tendência para dirigir a raiva para o próprio e dos sentimentos de insegurança com este tipo de abordagem, o que tem melhorias na interação social (Röhrich, 2009).

As técnicas expressivas, bem como a intervenção psicomotora, facilitam o contacto da pessoa com as próprias emoções, dificuldade característica de indivíduos com perturbações depressivas (Costa e Maltez, 2005; Scharfetter, 2005). As técnicas expressivas colocam a pessoa em contacto com os próprios pensamentos, sonhos e desejos, ainda que estes estejam reprimidos. Desta forma, é possível exteriorizar os sentimentos de forma simbólica e lidar com os mesmos num contexto securizante (Hoffmann, 2016; Robbins, 1986).

Para além da exteriorização de emoções reprimidas, estas abordagens terapêuticas focam a atenção no indivíduo e nas próprias ações. O privilegiar do sentir permite a exteriorização de sentimentos ocultos e torna a pessoa consciente das suas respostas atuais perante as circunstâncias do meio (Hoffmann, 2016; Siegel, 1986). No caso de indivíduos com perturbações depressivas, a observação da própria falta de motivação, persistência, da dificuldade em controlar a própria vida e da sua auto desvalorização (Costa e Maltez, 2005; Harrison et al., 2006; Scharfetter, 2005), leva à exploração de novas possibilidades de agir bem como à reorganização da imagem corporal (Hoffmann, 2016; Siegel, 1986).

A relaxação é importante neste processo, pois à semelhança das perturbações de ansiedade, o corpo é entendido como potencialmente falível (André et al., 1996). É essencial explorar a relação com o outro no contexto terapêutico, partindo da relação com que o indivíduo se sente confortável (e.g. ter em conta a tolerância ao toque, se tem uma postura passiva) e progredindo de forma a dar segurança e confiança ao utente. Esta relação deve representar a possibilidade de estabelecer relações semelhantes, seguras e de confiança, noutras dimensões da vida do indivíduo (Martins, 2001a; Maximiano, 2004). Assim, é possível enfrentar os sentimentos de desvalorização, falta de esperança no futuro e o isolamento destes indivíduos (Costa e Maltez, 2005; Scharfetter, 2005). Neste sentido, deve dar-se ênfase à motivação da pessoa e ao seu envolvimento no processo terapêutico participando ativamente na própria mudança (Ballouard, 2003 cit. in Maximiano, 2004).

A prática de atividade física pode ter benefícios semelhantes aos do tratamento medicamentoso e psicoterapêutico (Cooney et al., 2013), ou das técnicas de relaxação (Krogh et al., 2009 cit. in Josefsson, Lindwall e Archer, 2014). Contudo, a prática de exercício físico não é benéfica para todos os indivíduos com perturbações depressivas,

pois requer motivação e condição física suficiente para que o indivíduo se comprometa com esta abordagem (Cooney et al., 2013; Josefsson et al., 2014). Para facilitar o processo Josefsson et al. (2014) referem que um apoio terapêutico que proporcione a manutenção ou aumento da motivação, pode contribuir para resultados mais significativos.

São também propostas pelo NICE algumas linhas orientadoras para a intervenção com indivíduos com perturbações depressivas. É de salientar, novamente, a importância de informar e apoiar a compreensão da patologia, construir uma relação de confiança transmitindo otimismo e esperança à pessoa, no sentido de sair do sofrimento em que se encontra. Deve ter-se em conta as preocupações da pessoa perante a análise das opções de tratamento e envolver a pessoa ativamente no processo. Tal como nas perturbações de ansiedade, o NICE frisa a importância de envolver os cuidadores no processo, bem como de dar atenção às suas necessidades. A avaliação destes utentes não deve ser restrita ao número de sintomas que a pessoa revela experienciar. Deve ter em conta o impacto dos mesmos na funcionalidade e bem-estar, tendo em conta a duração dos episódios. O NICE recomenda também a colaboração entre especialidades médicas quando a depressão está associada a uma doença física (NICE, 2016).

O modelo *stepped care* é também aplicável no caso das perturbações depressivas. Neste contexto, o NICE defende, em primeiro lugar, a identificação, avaliação, análise dos fatores de risco, psicoeducação e monitorização de indivíduos com qualquer indicador da possibilidade de desenvolver depressão. O segundo passo é dirigido a utentes com depressão leve a moderada, ou casos em que o primeiro passo não foi eficaz, pelo que são indicadas intervenções psicológicas e psicossociais de baixa intensidade, tratamento farmacológico (apenas no caso de pacientes com sintomas presentes há mais de 2 anos) e monitorização. O terceiro passo dirige-se a utentes com depressão moderada a severa, ou a utentes para quem o segundo passo não foi eficaz. Pretende proporcionar tratamento farmacológico e intervenções psicológicas de alta intensidade, possivelmente em conjunto e monitorização. Por fim, o quarto passo é direcionado para indivíduos com depressão grave e complexa, com risco de suicídio e negligência, pelo que para além do tratamento farmacológico e intervenções psicológicas de alta intensidade, em conjunto, são recomendados eletroconvulsivoterapia ou o internamento (NICE, 2016).

4.3. Processos de Somatização

A análise destes processos tem em vista facilitar a compreensão da manifestação dos mesmos em quadros ligados a outras perturbações para além das perturbações somatoformes e de somatização. Assim, optou-se por analisar estes processos, a forma

como podem ser desencadeados, a sua fonte e algumas indicações terapêuticas a integrar no contexto da intervenção psicomotora de forma a agir sobre a fonte destes sintomas.

O termo “psicossomático” refere-se à ligação estabelecida entre os fatores psicossociais e processos fisiológicos. Este conceito foi introduzido pela primeira vez em 1818 pelo psiquiatra alemão Johann Christian August. O desenvolvimento do conceito de psicossomática partiu das ideias de psicogénese e holismo. O conceito de psicogénese, propunha que os conflitos inconscientes geravam tensões emocionais crónicas, que por não serem resolvidas provocavam disfunções ou alterações estruturais em determinados órgãos. Já o holismo, remetia para a análise do indivíduo de forma global, considerando corpo e mente como uma unidade indissociável, o que implica a observação dos sintomas psicológicos e biológicos também como inseparáveis (Quartilho, 2016).

O desenvolvimento humano parte da interação entre psique, corpo e envolvimento, com vista ao equilíbrio entre estes elementos que resulta num estado de bem-estar geral (Abreu, 2015; Martins, 2001b). Nesta perspetiva, o mal-estar emocional pode expressar-se no corpo por meio de alterações fisiológicas (Abreu, 2015). Os sintomas físicos estão associados à experiência subjetiva do indivíduo, pelo que se relacionam com as cognições, emoções e personalidade (Zeng et al., 2016). Lipowski (1988) define somatização como a tendência para expressar sintomas físicos que a pessoa associa a uma doença física, sem a existência de uma patologia orgânica que explique os sintomas. Num processo de somatização os sintomas corporais evidenciam-se em resposta a situações de stresse psicossocial, embora seja frequente a negação, por parte do utente, da ligação entre os sintomas e os eventos da sua vida. Por este motivo, é frequente o recurso aos cuidados de saúde primários, em busca de uma patologia orgânica que explique os sintomas.

Existem várias hipóteses etiológicas que procuram explicar a origem da somatização. Contudo, a complexidade deste processo e das suas manifestações aponta para uma etiologia multifatorial (Abreu, 2015; Lipowski, 1988). Lipowski (1988) considera que existem situações que aumentam a predisposição para a somatização. O autor destaca a existência de fatores precipitantes e de elementos que contribuem para a persistência dos sintomas.

Alguns fatores que aumentam a predisposição para a somatização incluem a herança genética e a aprendizagem de comportamentos perante a doença. A reação e comportamento das figuras de referência em situações de doença determinam os comportamentos da criança. A preocupação, a patologização ou a atribuição excessiva de significado a sensações corporais desagradáveis pelas figuras de referência, aumentam a tendência da criança para preocupações com a saúde e para a somatização na idade

adulta. Para além disto, a exposição a muitas situações de doença e dor física de outros familiares, durante a infância, aumenta o risco de somatização. Finalmente, há maior predisposição para estes processos em crianças que percebem a doença ou as queixas físicas como meio de obter recompensas e evitar conflitos ou obrigações (Lipowski, 1988; Quartilho, 2016; Zeng et al., 2016). A ausência de cuidados parentais perante a doença da criança contribui também para a somatização (Quartilho, 2016).

Os fatores precipitantes envolvem situações de vida de grande stresse devido à percepção subjetiva de ameaça ou perda, como o luto, o terminar de uma relação, o confronto com uma doença física ou o presenciar a morte (Lipowski, 1988).

Os fatores que levam à persistência da somatização incluem a interação entre o utente, a família, os técnicos de saúde e o sistema social. Os traços da personalidade e as experiências precoces determinam a predisposição, desenvolvimento e prevalecimento da somatização (Lipowski, 1988). Quartilho (2016) refere que atitudes punitivas e de rejeição, por um lado, e hiperproteção, por outro, podem estar relacionadas com a somatização na idade adulta. A existência de sintomas psicossomáticos nas mães e as experiências traumáticas e de abuso durante a infância podem também estar relacionadas.

A somatização reflete o modo como o indivíduo lida com as vicissitudes da vida, com as suas necessidades e conflitos internos e com os próprios sentimentos. É a expressão física do sofrimento e das frustrações do indivíduo e a forma pela qual lhe é possível exteriorizar os mesmos (Abreu, 2015; Lipowski, 1988; Zeng et al., 2016). Um dos fatores que leva à somatização é a “hipocognição” das emoções, i.e., o ato de as reprimir e não falar sobre elas. As emoções podem ser reprimidas de forma inconsciente ou não, originando sintomas somáticos persistentes. A descoberta das mesmas permite tomar consciência, verbalizar e expressar os sentimentos, o que contribui para aliviar os sintomas (Quartilho, 2016).

Quartilho (2016) refere que o peso de ocultar certas histórias pode ter um impacto negativo no sujeito. Este tipo de impasse é caracterizado pelo mal-estar significativo numa situação em que as possibilidades de fuga implicam o risco de um sofrimento mais intenso (e.g. vítimas de violência doméstica ou abuso sexual). Assim, o motivo do mal-estar é ocultado, a pessoa suprime a sua expressão exterior e mantém-se na mesma situação. O silêncio é privilegiado como meio para salvar a relação, mas implica a permanência do sofrimento. Consequentemente, a percepção de estar encurralado reflete-se no corpo pela expressão de sintomas somáticos. Neste caso, o sintoma físico pode ser interpretado é uma reação orgânica à emoção. Estas situações incluem o encobrimento intencional de determinados

assuntos, as dificuldades na expressão da experiência subjetiva, ou a proibição de partilhar certos tópicos imposta por práticas sociais ou culturais (Quartilho, 2016; Zeng et al., 2016).

O estudo de Åslund, Starrin e Nilsson (2014) identificou o desemprego como um fator que reduz o bem-estar psicológico e aumenta também a tendência para a somatização. Os autores verificaram ainda que, independentemente da situação profissional, a tendência para este tipo de sintomas aumenta devido à falta de apoio social, embora considerem que o desemprego pode também levar à redução de apoio social.

Zeng et al. (2016) organizam os sintomas somáticos em quatro categorias: biológicos, emocionais, imaginativos e cognitivos. A nível biológico integram sintomas provocados por fatores químicos, físicos e biológicos que resultam diretamente de danos nas terminações nervosas ou nos tecidos dos órgãos. No domínio emocional são contemplados sintomas originados por emoções negativas que levam a um estado de hipervigilância sobre as sensações corporais (predominantemente negativas), o que produz sintomas somáticos como reação a estas emoções. Os sintomas somáticos imaginativos incluem sintomas corporais resultantes da imaginação ou autossugestão e partindo dos mesmos provocam sofrimento físico, como é o exemplo da sensação de ter algo preso na garganta que dificulta o engolir. Finalmente, os sintomas somáticos cognitivos referem-se à interpretação da própria consciência corporal, i.e., as cognições elaboradas em torno do próprio corpo ou dos próprios sentimentos podem levar à somatização, na medida em que a interpretação positiva dos sentimentos leva à valorização do sentir, ao passo que uma interpretação negativa proporciona a repressão dos sentimentos, que resulta na somatização.

4.3.1. Intervenção Psicomotora nos Processos de Somatização

Lipowski (1988) salienta a importância de uma avaliação inicial completa incluindo a perspetiva médica, psiquiátrica e psicossocial, de forma a averiguar o estado de saúde física e mental da pessoa e o impacto de fatores psicossociais sobre o mesmo. O perfil do utente deve ser completo: considerar os traços da personalidade, a perspetiva de familiares próximos e a sua reação aos sintomas, que podem ter impacto no seu desenvolvimento e progressão. A abordagem holística, característica da intervenção psicomotora, é uma mais valia para utentes com esta problemática, pois melhora o funcionamento do indivíduo em vários contextos (EFP, 2012; Fonseca, 2010b; Probst et al., 2010).

Ao longo do processo de intervenção é essencial que o utente se sinta compreendido e para isso deve ser obtida uma história detalhada dos sintomas e da sua evolução, considerando a possibilidade de uma patologia orgânica subjacente. Perante a prova de que os sintomas não se devem a uma patologia orgânica, estes não devem ser

desvalorizados. Qualquer sintoma, independentemente da forma como se expressa, deve ser analisado como a manifestação do sofrimento da pessoa, pois é a expressão de uma lesão real, que gera sofrimento (Abreu, 2015; Lipowski, 1988; Quartilho, 2016).

A inexistência de uma patologia orgânica subjacente aos sintomas existentes deve ser explicada ao utente de forma clara, para que seja possível abordar outras hipóteses explicativas dos mesmos (Lipowski, 1988). A partir deste momento, os sintomas devem ser analisados pelo terapeuta juntamente com o utente, devem ser integradas as queixas físicas e emocionais e exploradas as possibilidades de relação entre estes aspetos de forma a reconceptualizar os sintomas. Este processo passa por contextualizar a forma como os sintomas somáticos se podem desenvolver a partir de fatores psicológicos, salientando que os processos emocionais e a existência de problemas psicossociais, podem ser acompanhados por alterações fisiológicas (Abreu, 2015; Quartilho, 2016).

No âmbito da intervenção psicomotora é pertinente uma intervenção de maior incidência relacional com estes indivíduos, que proporcione segurança na relação com o outro e possibilite a expressão da personalidade, inibições e agressividade de forma saudável e num contexto securizante (Martins, 2001b). Esta abordagem justifica-se pela inibição e repressão das próprias emoções e pela dificuldade de expressão das experiências subjetivas, características destes indivíduos (Quartilho, 2016). Também a expressão artística pode ser uma ferramenta útil que coloca a pessoa em contacto com os próprios pensamentos, sonhos e desejos e permite exteriorizá-los (Hoffmann, 2016).

Quartilho (2016) destaca o poder da sugestão e refere que o modelo de tratamento deve passar pela decodificação das mensagens que o corpo transmite. A decodificação de mensagens expressas pelo corpo é facilitada na intervenção psicomotora, que explora a integração das várias dimensões do ser humano por meio do corpo e do movimento (Boscaini, 2003; Fonseca, 2010b; Martins, 2001b). Para além dos sintomas somáticos que podem expressar o mal-estar global da pessoa, a expressão pelo movimento informa sobre os estados internos do indivíduo, uma vez que se trata de uma resposta intencional e com significado (Fonseca, 2010b). Esta exploração justifica-se pela necessidade de colocar o indivíduo numa atitude de introspeção e de observação de si próprio. Desta forma, é facilitada a identificação das transformações que ocorrem consoante as circunstâncias da vida, o que por vezes estes indivíduos negam, ou não reconhecem (Lipowski, 1988).

Assim, no processo terapêutico deve ser dada voz ao corpo e incentivada a revelação da verdadeira fonte de mal-estar. Para tal, devem ser recordadas experiências de vida e associadas emoções às mesmas (Quartilho, 2016). A relaxação é fundamental a este nível,

pois possibilita a reelaboração do esquema e imagem corporal (Martins, 2001a). A imagem corporal pode ser deturpada devido à percepção negativa do próprio corpo e das próprias emoções, pelo que a exploração das possibilidades de relação contribui para melhorar o valor emocional atribuído ao próprio corpo (Martins, 2001a; Zeng et al., 2016).

Lipowski (1988) reforça a necessidade de atuar sobre a fonte do mal-estar, tendo em conta a evolução dos sintomas ao longo do tempo. A expressão dos sintomas num momento deve-se ao agravamento do desequilíbrio interno. Martins (2001b) reforça esta perspetiva, pois considera que são expressas no corpo todas as dimensões do ser humano e num processo terapêutico é essencial atuar sobre a fonte do sintoma e não só sobre a sua expressão.

É essencial proporcionar a estes indivíduos a possibilidade de retomar o controlo sobre a própria vida. Partindo de experiências de vulnerabilidade e contenção, em sessões predominantemente orientadas pelo terapeuta, o indivíduo adquire progressivamente a capacidade de agir sobre o outro. A exploração das possibilidades de relação e de ação sobre o outro deve ser incentivada nestes indivíduos que se mantêm em silêncio e reprimem a expressão das emoções (Martins, 2001a; Maximiano, 2004; Quartilho, 2016).

5. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) é assim chamado em homenagem ao Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF, 2009b). Este existe enquanto entidade público-empresarial (E.P.E.) desde 2008, embora tenha permanecido durante os 13 anos anteriores sob gestão privada. O HFF está integrado no sistema nacional de saúde e dá resposta a cerca de 600 mil habitantes dos concelhos de Sintra e da Amadora, onde se encontram as suas principais instalações (HFF, 2009b).

A prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados ao longo da vida, a investigação neste âmbito e a formação de profissionais de saúde e de outras áreas são a principal missão do HFF. O hospital articula com os cuidados de saúde primários e continuados e com outros hospitais da rede do sistema nacional de saúde. Desta forma procura otimizar os seus recursos e corresponder aos princípios da qualidade, efetividade e eficiência (HFF, 2009b). O HFF disponibiliza várias especialidades que dão resposta às diversas necessidades do utente. Neste documento será caraterizado com maior detalhe o serviço de psiquiatria, onde foram desenvolvidas as atividades de estágio.

5.1. O Serviço de Psiquiatria do HFF

O serviço de psiquiatria do HFF dá resposta à população do concelho da Amadora e algumas freguesias do concelho de Sintra (Queluz, Massamá, Belas e Casal de Cambra). Este serviço tem como objetivos promover a saúde mental de uma forma geral, prevenir e tratar a doença mental e prestar apoio no processo reabilitativo de indivíduos com problemas de saúde mental para facilitar a sua reinserção social (HFF, 2009c). Atualmente, a Dr.^a Teresa Maia é a diretora deste serviço e a Enf.^a Lurdes Toscano, a enfermeira chefe.

O serviço integra quatro unidades funcionais, três das quais funcionam nas instalações do hospital – internamento de doentes agudos, hospital de dia e psiquiatria de ligação (HFF, 2009c). A unidade de internamento disponibiliza 29 camas e inclui na equipa 4 psiquiatras, cada um deles responsável por contactar com uma das equipas comunitárias (HFF, 2009c). Na unidade do hospital de dia são desenvolvidas atividades terapêuticas e criativas com os utentes, de caráter individual e de grupo (HFF, 2009c). A psiquiatria de ligação presta cuidados a utentes indicados por outras áreas de especialidade quando apresentam problemas de saúde mental associados a outras doenças somáticas (HFF, 2009c).

A **unidade funcional comunitária** inclui quatro equipas e o **espaço@com**. As equipas comunitárias funcionam em centros de saúde (Amadora, Brandoa e Damaia), ou em instalações próprias (Queluz/Massamá) e disponibilizam intervenções adequadas às necessidades de cada utente num contexto com melhores condições de acessibilidade. Funciona também na comunidade a equipa de pedopsiquiatria do HFF, que tem vindo a crescer e está localizada na Amadora. Anteriormente funcionava nas instalações do hospital e dava resposta apenas a uma pequena parte da população (HFF, 2009c).

Existe ainda uma outra estrutura ligada ao serviço de psiquiatria do HFF, que está inserida na comunidade: a Associação Recomeço - Associação para a Reabilitação e Integração Social Amadora Sintra. Esta associação inclui uma unidade de vida protegida e uma unidade de dia. Os seus principais objetivos são promover a autonomia pessoal dos utentes através do treino de competências pessoais e sociais e melhorar a qualidade de vida dos utentes através da sua reabilitação e integração socio-ocupacional (HFF, 2009a).

5.1.1. O espaço@com

O espaço@com (espaço na comunidade) é a unidade de reabilitação psicossocial onde decorreu o estágio. Esta valência disponibiliza atividades de avaliação, intervenção psicossocial e reabilitação e funciona em regime de ambulatório. A equipa do espaço@com proporciona intervenções específicas adequadas ao perfil de cada utente, com foco nos

domínios cognitivo, emocional, social e psicomotor. Pretende-se apoiar na manutenção das competências, autonomia, recuperação funcional e reintegração socio-ocupacional dos utentes, promovendo a vida ativa e a generalização das aquisições para os contextos onde se insere, incluindo a família no processo reabilitativo. Tendo em conta as suas características e objetivos, o espaço@com pode ser indicado para dois grupos de utentes: por um lado, utentes com alguma autonomia ou atividade socio-ocupacional regular, que não necessitam de acompanhamento terapêutico a tempo inteiro e, por outro lado, utentes que devido a sintomas negativos marcados não aderem a outro tipo de projeto terapêutico. No fundo, o espaço@com trata-se de uma estrutura que presta apoio no processo de transição para a vida ativa, pois disponibiliza uma intervenção limitada no tempo e adequada ao perfil atual do utente, de forma a não interferir na sua vida socio-ocupacional.

O espaço@com teve início no centro de saúde da Damaia e foi replicado, originando o espaço@com Massamá, onde decorreu este estágio. A equipa do espaço@com é formada por uma psiquiatra, uma psicomotricista e uma terapeuta ocupacional em cada um dos locais e conta com a colaboração de uma psicóloga que dá resposta a ambas as equipas.

A referenciação dos utentes é feita em reunião com as equipas comunitárias e psiquiatria de ligação. Após a referenciação, é realizada uma primeira consulta entre a equipa e o utente, onde são apresentadas as suas dificuldades e expectativas em relação à intervenção e é definida a abordagem inicial. Após a avaliação inicial elabora-se o projeto terapêutico e são definidas as intervenções consideradas indicadas para o utente. Estas podem incluir vários programas ou acompanhamentos pelos diferentes técnicos.

Algumas intervenções disponibilizadas pelo espaço@com requerem formação específica, embora não sejam restritas a grupos profissionais. É o exemplo da terapia familiar, realizada pela psiquiatra; de programas de reabilitação cognitiva, como o *Cognitive Remediation Therapy* (CRT) e o Cogniplus; e ainda do programa de promoção de competências sociais, o *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT). Estes últimos programas podem ser aplicados por técnicos que tenham formação específica para tal, e no espaço@com são aplicados pela psicomotricista e pela terapeuta ocupacional.

É importante referir a existência de um Programa de Intervenção Precoce após um Primeiro Episódio Psicótico (PSIC). Este programa é realizado em articulação com as equipas comunitárias e composto por protocolos de avaliação e intervenção específicos que englobam: a terapia familiar, o CRT, o SCIT e intervenções específicas da terapia ocupacional e psicomotricidade. O CRT é realizado quer pela psicomotricista, quer pela terapeuta ocupacional e o SCIT é organizado pelas duas técnicas em conjunto.

Existe também, dirigido a utentes psicóticos crónicos, com sintomas negativos marcados, o grupo Come&Go que disponibiliza intervenções três vezes por semana, por parte da psicomotricidade e da terapia ocupacional. Este grupo visa criar rotinas, motivação e responsabilidade nos utentes para possibilitar a reformulação do projeto terapêutico. É importante referir, contudo, que durante o período de estágio este grupo não foi realizado.

Para além destas respostas terapêuticas, existem intervenções específicas, em grupo e individualmente. No capítulo III.2 são especificados alguns aspetos importantes para compreender o modelo de funcionamento da intervenção psicomotora no espaço@com.

III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Este capítulo terá início com a organização das atividades de estágio que inclui todas as atividades observadas e a sua calendarização, bem como uma análise da evolução da participação da estagiária ao longo do período de estágio. De seguida, será descrito o modelo de intervenção psicomotora no espaço@com, considerando as condições do espaço, o tipo de respostas disponíveis em grupo e individualmente e os instrumentos de avaliação utilizados. Serão ainda caracterizados brevemente todos os casos acompanhados e analisados com maior pormenor dois estudos de caso selecionados. Finalmente, serão referidas algumas experiências de formação complementar em que foi possível participar.

1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Ao longo do período de estágio foram colocados em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da Licenciatura e do Mestrado em RPM. As atividades realizadas incluíram um período de observação e integração na equipa, a realização de sessões de avaliação psicomotora, a elaboração do perfil intra-individual e do plano terapêutico dos utentes. Com base no perfil intra-individual e no plano terapêutico foram planeadas as sessões e foi monitorizada a evolução dos utentes, com recurso a meios de avaliação formal e informal. Foi possível participar ainda nas sessões clínicas do serviço de psiquiatria e nas reuniões de equipa onde foram discutidos vários aspetos relacionados com os utentes acompanhados e propostas novas referenciações. Outras atividades complementares de formação incluíram: as reuniões do núcleo de estágio em saúde mental, a participação numa aula de Métodos de Relaxação proposta pelo orientador académico, no I Seminário Formativo de RPM e no VI Congresso Internacional de Patologia Dual e Aditiva.

1.1. Atividades Realizadas e Horário de Estágio

Este estágio curricular decorreu entre os dias 5 de outubro de 2015 e 24 de junho de 2016. Esta experiência possibilitou a participação em sessões de psicomotricidade, em várias atividades realizadas no espaço@com, no HFF e fora do contexto institucional.

A participação da estagiária no espaço@com teve início com um período de observação participada, passando depois ao acompanhamento de alguns utentes individualmente ou em grupo. Este acompanhamento contemplou a realização da avaliação psicomotora, a partir da qual foi determinado o perfil intra-individual e elaborado um plano terapêutico adequado às capacidades e necessidades de cada utente, considerando as suas principais preocupações. Foram observadas também sessões de CRT realizadas pela orientadora e sessões do SCIT realizadas pela orientadora e pela terapeuta ocupacional.

A estagiária participou nas avaliações conjuntas, nas sessões clínicas do serviço de psiquiatria e nas reuniões do espaço@com de Massamá com as equipas de Queluz e da Amadora. Foram ainda realizadas reuniões semanais com o núcleo de estágio em saúde mental, com a supervisão do orientador académico.

A observação das sessões realizadas pela orientadora foi variável de acordo a calendarização das mesmas. Na Tabela 1 são indicadas as atividades realizadas ao longo do período de estágio bem como as fases em que foi possível participar nas mesmas.

Tabela 1. Calendarização das atividades de estágio

	2015			2016					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Integração na equipa do espaço@com									
Observação participada									
Intervenção psicomotora									
Primeiras Avaliações									
Observação CRT									
Observação SCIT									
Reuniões de equipa/sessões clínicas									
Reuniões do núcleo de estágio									

O horário foi flexível ao longo do estágio, pois alguns utentes não permitiram a observação das sessões pela estagiária e houve dificuldade em encontrar espaços que possibilitassem o decorrer de duas sessões em simultâneo – sessões realizadas pela orientadora e sessões realizadas pela estagiária. Apenas as sessões de grupo mantiveram um horário fixo – às 10:00 e 11:00 de segunda e às 10:00 de quinta e sexta-feira. Partindo do horário base apresentado na Tabela 2, o horário foi definido semanalmente, de acordo com o agendamento das restantes sessões, que dependeu do consentimento dos utentes relativamente à presença da estagiária nas sessões e da disponibilidade do espaço.

De uma forma geral, as atividades de estágio tiveram lugar nas instalações próprias do espaço@com Massamá, partilhadas com a equipa de Queluz, exceto à quarta feira, pois a sessão clínica e as reuniões de equipa decorreram nas instalações próprias do HFF. Nas tardes de quinta feira decorriam as reuniões do núcleo de estágio na FMH.

Tabela 2. Horário semanal das atividades de estágio

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30 – 10:00		Avaliações Conjuntas / Sessões Individuais	Sessão Clínica		
10:00 – 10:45	Grupo PIPPA (1)				Grupo EF (1)
11:00 – 11:45	Grupo PIPPA (2): até março			Reunião de Equipa (Amadora ou Queluz)	Sessões Individuais
12:00 – 12:45	Sessões Individuais				
13:00 – 13:45					
14:00 – 14:45					
15:00 – 15:45				Grupo SCIT: até fevereiro	
16:00 – 16:45					Reunião do núcleo de estágio

1.2. Progressão das Atividades de Estágio e do Nível de Autonomia da Estagiária

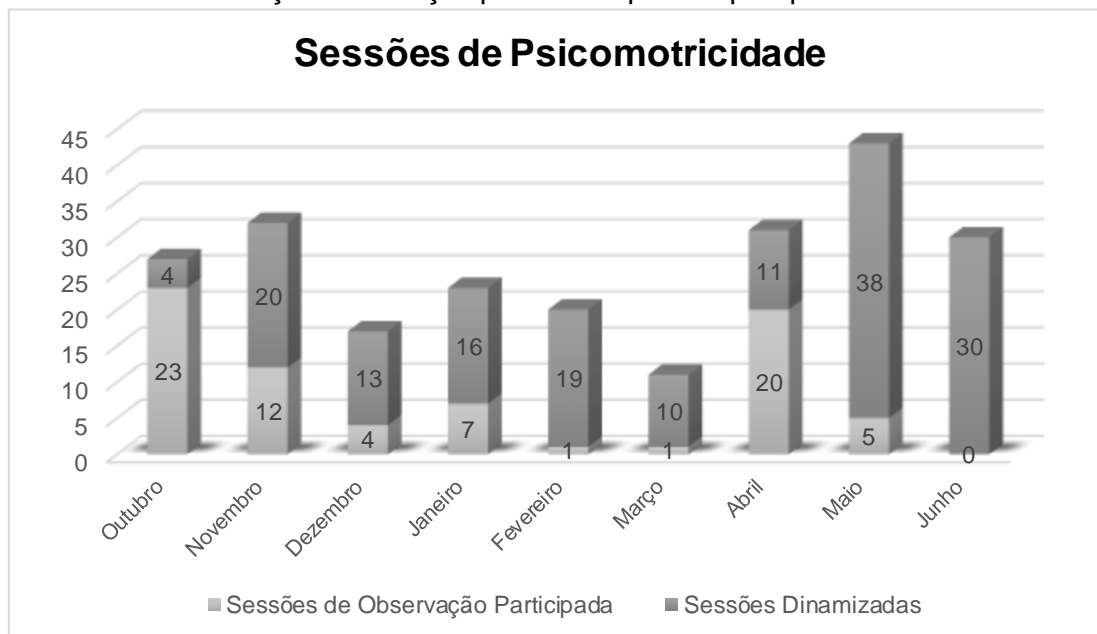
Numa fase inicial, no mês de outubro, a estagiária foi integrada na equipa do espaço@com de Massamá tomando conhecimento do seu modo de funcionamento e enquadramento no serviço de psiquiatria. Também nesta fase decorreu um período de observação participada nas sessões realizadas pela orientadora, que se prolongou por grande parte do estágio, em paralelo com os acompanhamentos individuais e de um grupo à responsabilidade da estagiária. Os dois primeiros casos acompanhados foram avaliados ainda em outubro, sendo que nesta fase inicial a orientadora supervisionou algumas das sessões.

Ao longo do estágio embora se tenham mantido as sessões de observação participada, houve uma autonomização progressiva correspondente a um maior número de sessões dinamizadas, comparativamente com as sessões observadas. Esta progressão ao longo do período de estágio é apresentada no Gráfico 1. Com base neste gráfico é perceptível o aumento do número de sessões realizadas pela estagiária, embora nos meses de

dezembro, janeiro, fevereiro e março o número total de sessões tenha diminuído comparativamente com os meses anteriores.

Gráfico 1. Progressão do nível de autonomia da estagiária

Em dezembro e março esta redução pode ser explicada pelo período de férias da estagiária



(duas semanas no primeiro caso e uma semana no segundo). Outro fator com impacto no número de sessões foi a ausência da orientadora em alguns dias dos meses de janeiro, fevereiro e março. Nesta fase, perante a ausência da orientadora, a estagiária realizou apenas as sessões dos utentes que acompanhava desde o início do estágio. Em maio a orientadora iniciou um período de baixa médica que se prolongou até ao final do estágio.

Perante esta situação, a estagiária manteve as sessões dos utentes que acompanhava desde o início do estágio, a participação nas sessões clínicas, nas reuniões de equipa e nas avaliações conjuntas, avaliou os novos utentes referenciados para o espaço@com e iniciou o processo terapêutico com os mesmos na consulta de psicomotricidade. Para além do acompanhamento destes utentes, durante este período, foi proposto aos utentes observados nas sessões da orientadora a continuação do acompanhamento assegurado pela estagiária. Esta situação justifica o aumento do número de sessões na fase final do estágio e o facto de não ser feita observação participada no mesmo período.

Finalmente, o Gráfico 1 demonstra que no total a estagiária participou em 234 sessões de psicomotricidade, das quais 161 foram dinamizadas autonomamente e as restantes 73 de observação participada. Embora não estejam representadas no Gráfico 1, é pertinente referir que foi possível observar 16 utentes nas avaliações conjuntas ao longo do período de estágio. Foram observadas também 15 sessões do programa CRT e 5 do SCIT.

2. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO ESPAÇO@COM

Para uma melhor compreensão da organização do processo terapêutico no espaço@com, particularmente no âmbito da intervenção psicomotora, serão descritas de seguida as respostas disponíveis, bem como as condições do espaço de intervenção.

2.1. Tipologia das Sessões: Individual e de Grupo.

No âmbito da intervenção psicomotora, de acordo com o perfil do utente, o acompanhamento pode ser realizado individualmente ou em grupo.

Os acompanhamentos individuais são planeados de acordo com as necessidades específicas de cada utente e podem incluir várias metodologias, selecionadas de acordo com o perfil do utente e com os objetivos definidos no plano terapêutico. O estudo de caso AMG permite compreender mais concretamente de que forma o processo de avaliação inicial permite decidir que intervenções poderão ajustar-se melhor às necessidades de cada utente, particularmente quando é acompanhado individualmente.

Em grupo, tal como nos acompanhamentos individuais são consideradas as necessidades específicas de cada utente e procura-se individualizar a intervenção, mas é necessária uma maior ponderação no sentido de compreender se o perfil do utente se adequa aos critérios de inclusão no grupo e até que ponto a sua inclusão será benéfica para o próprio e para os restantes elementos. No espaço@com Massamá existem dois grupos de psicomotricidade: o grupo EF (Expressão no Feminino) e o grupo PIPPA (Projeto de Intervenção Psicomotora para Perturbações da Ansiedade). O grupo Come&Go é também uma resposta disponível no espaço@com, mas não esteve em funcionamento durante o período de estágio pois não existiam utentes suficientes com critério para integrar o grupo.

O grupo EF é um grupo constituído exclusivamente por utentes do género feminino, com perturbação somatoforme. Assim sendo, as principais técnicas utilizadas nas atividades deste grupo incluem as técnicas de relaxação e técnicas expressivas, com os objetivos de promover a capacidade expressiva e a consciencialização corporal e de melhorar as competências relacionadas com a capacidade de representação simbólica.

Já em relação ao grupo PIPPA, este consiste num projeto piloto, realizado pela primeira vez no espaço@com Massamá entre outubro de 2015 e junho de 2016. É um grupo dirigido a utentes com perturbações da ansiedade, que atua numa vertente terapêutica e psicoeducativa. Os objetivos deste grupo passam por promover a identificação de sintomas físicos provocados pela ansiedade e promover o controlo sobre estes sintomas. A

metodologia utilizada no planeamento da intervenção para este grupo inclui princípios e técnicas relacionadas com vários métodos de relaxação e técnicas expressivas.

2.2. Sessão Tipo

Apesar das características específicas de cada utente e de cada um dos grupos, as sessões de psicomotricidade seguem uma estrutura semelhante. As sessões individuais têm uma duração de 45 minutos, ao passo que as sessões de grupo se podem prolongar até uma hora. Em ambos os casos, contudo, as sessões podem ser divididas em três fases: o diálogo inicial, as atividades propostas e o retorno à calma/reflexão final.

Nos primeiros 5 a 10 minutos da sessão – consoante se trate de uma sessão individual ou de grupo – há um momento de diálogo onde podem ser lançadas questões que permitam compreender o estado atual do utente (e.g. “como se sente hoje?”) e os momentos que considerou mais relevantes nas sessões anteriores (e.g. “recorda-se das atividades que fizemos na semana passada?”). Este momento permite ao utente fazer a rechamada de informação e estabelecer uma linha de continuidade entre as sessões, mas também é essencial para que o terapeuta perceba o tipo de atividades que o utente mais valoriza.

A fase das atividades difere de utente para utente e de grupo para grupo de acordo com as características, objetivos e estratégias definidas para cada caso. Esta fase pode incluir atividades expressivas, de relaxação ou gnossopráticas, consoante o plano terapêutico de cada utente e pode contar com uma participação mais ou menos dirigida por parte do terapeuta, consoante a fase do processo terapêutico em que o utente se encontra.

Finalmente, na fase de reflexão ou diálogo final pretende-se criar um espaço onde é possível exteriorizar o que foi sentido ao longo das atividades. Esta fase pode ser guiada pelo terapeuta com algumas questões (e.g. “como se sente neste momento?”, “que momento foi para si mais agradável ao longo da sessão?”) que permitem mais uma vez obter informação relativa às atividades mais relevantes para a pessoa. Neste momento, pode recorrer-se à palavra, ao grafismo ou ao movimento e explorar o que foi sentido, bem como as possibilidades de expressão do próprio corpo. Pretende-se que esta fase seja unificadora e organizadora e que contribua para atribuir valor simbólico ao que foi vivido.

2.3. Espaço de Intervenção

O espaço privilegiado para a intervenção psicomotora no espaço@com Massamá é a sala de psicomotricidade onde se encontram os materiais necessários para a realização das sessões. No caso da marcação de duas sessões em simultâneo, a orientadora realizou algumas sessões individuais num gabinete médico consoante a disponibilidade do espaço.

A sala de psicomotricidade assemelha-se a um gabinete médico, com a característica de ser um pouco mais ampla. Tem as paredes pintadas de branco, tem uma mesa, um computador, cadeiras, um quadro branco, um cadeirão e vários materiais úteis para as sessões: arcos, bolas (com diferentes tamanhos, pesos e texturas), cones, bastões, papéis e marcadores, instrumentos musicais, colchões, almofadas, plasticina, entre outros.

Existe também na sala uma janela grande, que ocupa a maior parte de uma das paredes. Esta é revestida de um material que permite a entrada de luz, mas não possibilita observar o exterior nem vice-versa, o que salvaguarda a privacidade da pessoa e permite a utilização de luz natural. Uma persiana disposta em frente à janela permite também regular a quantidade de luz na sala, o que é indispensável para as sessões de relaxação.

2.4. Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos de avaliação utilizados no âmbito deste estágio foram: a Bateria Psicomotora (BPM) de Vitor da Fonseca (2010a), a Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) de Derogatis (1975 cit. in Derogatis e Fitzpatrick, 2004), o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1983), a Grelha de Observação do Comportamento (GOC) de (Duarte et al., 2015) e o Esquema de Tensões de Martins (s.d.).

A aplicação de cada instrumento não foi realizada de forma estanque, havendo flexibilidade nos itens aplicados, consoante as características conhecidas do utente. A utilização destes instrumentos não teve como objetivo elaborar um diagnóstico relativamente à patologia do utente, mas sim um diagnóstico psicomotor que permitiu obter o perfil intra-individual do utente, a partir do qual foi desenvolvido o plano terapêutico. Para além desta função, estes instrumentos foram essenciais na monitorização da evolução do utente ao longo do processo terapêutico, pelo que foram utilizados com referência a critério.

Os instrumentos utilizados, com a exceção da GOC (Duarte et al., 2015), fazem parte do protocolo de avaliação na consulta de psicomotricidade no espaço@com. Contudo, houve alguma reflexão da estagiária sobre a pertinência e importância de cada instrumento utilizado. Estas reflexões são apresentadas após a descrição de cada instrumento.

2.4.1. Bateria Psicomotora

A BPM é um instrumento de observação e avaliação dinâmica criado por Vitor da Fonseca (2010a). Inclui um conjunto de tarefas que permite detetar défices funcionais, bem como o potencial dinâmico de aprendizagem da criança. Através da avaliação da dimensão de integração sensorial e perceptiva pretende-se perceber as potencialidades da criança, abrindo espaço para a sua evolução, modificabilidade e adaptabilidade (Fonseca, 2010a).

Através da aplicação da BPM (Fonseca, 2010a) pretende-se identificar as áreas fortes e fracas da pessoa e analisar o seu perfil intra-individual. Este é um instrumento que identifica sinais psicomotores e não um exame neurológico. Assim, o perfil psicomotor permite a compreensão de problemas de comportamento e aprendizagem (Fonseca, 2010a).

A BPM compreende sete fatores psicomotores: tonicidade, equilibração, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010a). Estes fatores distribuem-se de forma hierárquica pelas três áreas funcionais de Luria (1973 cit. in Fonseca, 2010a). Para além destes fatores, a BPM inclui a observação do aspeto somático, de desvios posturais e do controlo respiratório, considerando o impacto destes aspetos no desempenho nas restantes tarefas (Fonseca, 2010a).

A BPM (Fonseca, 2010a) deve ser aplicada a crianças com idades entre os 4 e os 12 anos, (caráter mais lúdico para crianças entre os 4 e os 6 anos e mais sistemático para crianças entre os 6 e os 12 anos). A nível qualitativo, este instrumento identifica sinais psicomotores que permitem detetar as dificuldades da criança e em simultâneo dá informação relativa ao funcionamento cerebral que está na base dos processos mentais da psicomotricidade.

O desempenho é avaliado em 4 níveis de execução, cujos critérios estão descritos em cada tarefa. O agrupamento das tarefas em fatores permite atribuir um resultado final a cada fator e analisar o perfil intra-individual da pessoa também de acordo com 4 níveis: (4) hiperprático, (3) euprático, (2) disprático e (1) aprático (Fonseca, 2010a):

- Perfil Hiperprático (4 pontos): caracterizado por uma realização perfeita, precisa, harmoniosa e bem controlada das tarefas. Classifica-se como excelente e revela uma boa organização psiconeurológica;
- Perfil Euprático (3 pontos): caracterizado por uma realização controlada e adequada das tarefas. Classifica-se como bom, sem sinais de dificuldades significativas;
- Perfil Disprático (2 pontos): caracterizado por uma realização com dificuldade de controlo nas tarefas e sinais desviantes. Classifica-se como fraco, com disfunções ligeiras que apontam algumas dificuldades;
- Perfil Aprático (1 ponto): caracterizado pela ausência de resposta, ou realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada. Classifica-se como muito fraco, com disfunções evidentes que apontam dificuldades significativas.

Apesar de permitir a quantificação do desempenho nas tarefas, esse não é o foco da BPM que não pretende ser um instrumento estandardizado restritivo, mas antes permitir a deteção qualitativa de sinais funcionais desviantes (Fonseca, 2010a).

Embora a BPM (Fonseca, 2010a) seja um instrumento direcionado para crianças, permite obter informações importantes em adultos e por isso é também utilizada no espaço@com. Na aplicação a adultos, não são aplicados todos os itens, mas selecionados os que permitirão melhor compreender o quadro do utente, as suas dificuldades e potencialidades. Estes itens foram ajustados a cada utente consoante a informação já obtida. Ainda assim, em grande parte dos casos alguns itens comuns foram aplicados. Na tonicidade foram avaliados a passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias; na equilibração a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico; na lateralidade todos os itens; na noção do corpo todos os itens; na estruturação espaciotemporal a organização e a estruturação dinâmica; na praxia global a dissociação; e na praxia fina o tamborilar.

Houve alguma reflexão por parte da estagiária relativamente à pertinência da utilização deste instrumento com adultos. No entanto, a observação de avaliações realizadas pela orientadora e a aplicação do instrumento pela estagiária permitiram identificar os benefícios da utilização deste instrumento. A avaliação da tonicidade, equilibração e noção do corpo, foram particularmente importantes tendo em conta as principais queixas da população atendida. Além disso, a estruturação espaciotemporal avalia parâmetros cognitivos importantes. Nos restantes fatores, algumas atividades que permitem obter informações importantes são: a dissociação e tamborilar (praxia global e fina, respetivamente).

2.4.2. Symptom Checklist-90-Revised

A SCL-90-R de Derogatis (1975 cit. in Derogatis e Fitzpatrick, 2004) é uma escala de autoavaliação que inclui 90 sintomas e identifica padrões sintomáticos em utentes com perturbações psiquiátricas. A escala pode ser preenchida pelo próprio, que deve fazer corresponder a frequência com que cada um dos sintomas ocorre numa escala de 0 a 4: 0 – “nunca”, 1 – “poucas vezes”, 2 – “algumas vezes”, 3 – “muitas vezes” e 4 – “quase sempre” (Bfuka e Camp, 2010; Derogatis e Fitzpatrick, 2004; Urbán, Arrindell, Demetrovics, Unoka e Timman, 2016). A primeira versão do instrumento foi publicada em 1975 (Derogatis e Fitzpatrick, 2004) e Soares, Lucas, Oliveira, Roque e Cadima (2012) completam que foi traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Baptista em 1993.

Os sintomas agrupam-se em nove dimensões: somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, hostilidade, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Derogatis e Fitzpatrick, 2004). Existe um índice adicional relacionado com os hábitos alimentares e padrões de sono. Alguns exemplos dos sintomas incluídos de cada dimensão são os seguintes (Bruce e Arnett, 2008; Urbán et al., 2016):

- Somatização: sintomas corporais provocados por disfunções psíquicas;

- Obsessão-compulsão: comportamentos de verificação e repetição, ou pensamentos repetitivos que o indivíduo não consegue controlar;
- Sensitividade interpessoal: sentimentos de inferioridade e desadequação do próprio comparativamente com os outros;
- Depressão: falta de motivação, disforia, ideação suicida;
- Ansiedade: elevados níveis de tensão, preocupação, ataques de pânico;
- Hostilidade: agressividade e irritabilidade;
- Ansiedade fóbica: respostas de medo persistentes em resposta a pessoas, locais ou objetos específicos;
- Ideação paranóide: grande desconfiança, hostilidade e medo;
- Psicoticismo: sintomas ligados a características de personalidade esquizoide e sintomas psicóticos.

Existem ainda três índices globais: o índice de severidade global; o índice de sintomas positivos de sofrimento e o total de sintomas positivos (Bufka e Camp, 2010; Derogatis e Fitzpatrick, 2004). O primeiro indica o total de sintomas que o utente refere existirem, o segundo reflete a frequência ponderada das classificações atribuídas aos sintomas e o total de sintomas positivos traduz a intensidade do sofrimento considerando o número de sintomas presentes e a sua intensidade (Bufka e Camp, 2010).

A utilização da SCL-90-R (Derogatis, 1975 cit. in Derogatis e Fitzpatrick, 2004) no contexto do estágio foi fundamental, pois permitiu conhecer o perfil sintomático atual da pessoa e o seu percurso, uma vez que é aplicado na forma de entrevista. Por vezes, há itens que apesar de não constituírem uma fonte de sofrimento no momento da avaliação, foram já experienciados pela pessoa, o que leva o indivíduo a referir mais informações sobre determinadas fases da vida e do impacto da patologia na sua vida. Estas informações permitem traçar um perfil mais completo e conhecer de uma forma global o utente.

2.4.3.State-Trait Anxiety Inventory

O STAI de Spielberger (1983) é um instrumento de avaliação que inclui duas escalas que avaliam a ansiedade estado (forma Y-1) e traço (forma Y-2). Cada escala inclui 20 itens, sendo que, na forma Y-1 a resposta deve refletir o que a pessoa sente no momento, e na forma Y-2 deve indicar o nível de ansiedade experienciado no geral, no quotidiano. A forma Y-1 pode descrever a forma como o utente se sentiu num momento específico da sua vida, se for justificado no contexto terapêutico. Esta versão tem sido utilizada para detetar mudanças em utentes que frequentam psicoterapias, programas de modificação

comportamental, entre outros. A versão Y-2 é utilizada para verificar os efeitos a longo prazo em utentes que frequentam vários tipos de intervenção clínica (Spielberger, 1983).

O STAI (Spielberger, 1983) pretende avaliar adolescentes (estudantes do secundário e do ensino superior) e adultos com perturbações da ansiedade. Este questionário é de autopreenchimento e não tem limites de tempo, apesar de ser um instrumento de rápida aplicação. O avaliador deve ler a instrução geral de cada uma das escalas em conjunto com o utente e, a partir desse momento, o preenchimento deve ser feito individualmente, pelo que pode ser realizado individualmente ou em grupo. As 20 afirmações incluídas em cada escala devem ser avaliadas numa escala de 1 a 4 com os níveis “nada”, “pouco”, “moderadamente” ou “muito”, respetivamente (Spielberger, 1983).

No sentido de realizar uma análise mais concreta da evolução dos níveis de ansiedade experienciados pela pessoa, Spielberger (1983) refere que a forma Y-1 pode ser aplicada com alguma frequência. Pode propor-se ao utente que a preencha por exemplo no início e no final da sessão, ou após uma atividade de relaxação. Quando ambas as escalas são aplicadas, deve aplicar-se em primeiro lugar a forma Y-1 (estado) seguida da Y-2 (traço). Apesar de este instrumento ser utilizado para diagnóstico, essa não foi a finalidade neste contexto. O STAI (Spielberger, 1983) foi utilizado para monitorizar os resultados do grupo PIPPA, o que permitiu perceber a evolução dos utentes ao longo do tempo de intervenção a partir da aplicação da forma Y-2, bem como a reação de cada um dos utentes ao tipo de atividades realizadas em algumas das sessões com base nos resultados da forma Y-1.

Este instrumento, apesar de não fazer parte do protocolo de avaliação habitual da consulta de psicomotricidade no espaço@com foi utilizado para avaliar o grupo PIPPA. O STAI (Spielberger, 1983) não era conhecido pela estagiária, embora particularmente no contexto do projeto PIPPA tenha sido um recurso de extrema importância. Este instrumento permitiu não só compreender a evolução dos elementos que frequentaram o grupo durante todo o período estabelecido (com recurso à forma Y-2), mas também verificar o tipo de atividades e técnicas de relaxação com melhor efeito sobre os utentes (recurso à forma Y-1).

2.4.4. Grelha de Observação do Comportamento

A GOC (Duarte et al., 2015) é um instrumento de avaliação que deve ser utilizado com referência a critério para adultos com psicopatologia. Este instrumento analisa o progresso dos utentes acompanhados a nível quantitativo e qualitativo. Este instrumento pode ser dividido em três domínios que englobam vários comportamentos observáveis na sessão: o comportamento e desempenho, a relação e as componentes psicomotoras. No comportamento e desempenho são analisados a apresentação/postura perante a tarefa, a

participação e ajustamento à tarefa, a iniciativa e sugestões, a atitude face à tarefa, a comunicação verbal e não verbal, o respeito pelas regras, a tolerância à frustração e a memória. No domínio da relação são observadas a relação com o terapeuta, a relação com os pares e as estratégias de resolução de problemas. Finalmente, o domínio das componentes psicomotoras inclui a lentificação da resposta, a tonicidade, o equilíbrio, a lateralidade, a noção do corpo, a estruturação espaciotemporal e a praxia global e fina (Duarte et al., 2015). Uma vez que o último é idêntico aos aspetos avaliados na BPM (Fonseca, 2010a), não foi considerado no caso dos utentes avaliados por este instrumento.

Cada item deve ser quantificado de acordo com a frequência do comportamento, com base na seguinte escala: 1 – “nunca/quase nunca”; 2 – “poucas vezes”; 3 – “muitas vezes”; 4 – “sempre/quase sempre”. A GOC é um instrumento versátil que: contempla, para cada item, espaços de observações qualitativas onde devem ser reportados detalhes relevantes sobre o comportamento observado, permite a adição de comportamentos não descritos nos itens, quando considerados significativos pelo terapeuta e permite a aplicação em diversas etapas do processo de intervenção, não necessitando de o interromper com uma sessão de avaliação. A GOC é um instrumento de fácil aplicação, cuja administração não requer material específico nem padronizado e pode ser feita independentemente da faixa etária e da condição biopsicossocial dos sujeitos (Duarte et al., 2015).

A GOC (Duarte et al., 2015) é o único instrumento que não era utilizado na consulta de psicomotricidade no espaço@com. Este recurso foi importante, não só pela sua versatilidade, mas sobretudo pela avaliação não invasiva que proporciona. A possibilidade de aplicar o instrumento sem interromper o período de intervenção é uma das maiores vantagens deste recurso. No estudo de caso AMG, por exemplo, foi essencial a aplicação mais frequente deste instrumento, devido a alterações significativas no perfil da utente.

2.4.5. Esquema de Tensões

O Esquema de Tensões (Martins, s.d.) é um elemento de avaliação qualitativa composto por duas imagens do corpo, na posição descritiva anatômica: uma com vista anterior e outra com vista posterior, em ambos os casos com tracejados que identificam vários grupos musculares. Para além da ficha do Esquema de Tensões onde são representadas as imagens, para o preenchimento do mesmo são necessários marcadores.

Este instrumento dá informações relativas à consciência que o indivíduo tem do próprio corpo e dos níveis de tensão do mesmo. Assim, antes do preenchimento é pedido à pessoa que consciencialize os níveis de tensão que sente, no momento, nas diferentes partes do corpo. Para apoiar nesta tomada de consciência podem ser realizados alguns movimentos,

ou pode propor-se ao indivíduo que se sente, feche os olhos se desejar e procure tomar consciência da tensão existente nas diferentes partes do seu corpo. Este momento de escuta corporal pretende capacitar o utente para expressar o que sente, representando a vermelho as partes do corpo onde há muita tensão ou dor, a amarelo as partes do corpo onde há alguma tensão e a verde as partes do corpo onde não sente tensão (Martins, s.d.).

Para além da utilização de cada uma das cores é essencial ter em conta no preenchimento do Esquema de Tensões (Martins, s.d.), a consciência que a pessoa tem de cada parte do seu corpo. Neste sentido, deve ser pedido que o indivíduo preencha apenas as partes do corpo que é capaz de consciencializar. Este recurso reúne informações relacionadas com as áreas corporais mais afetadas pelos níveis de tensão atuais da pessoa e permite observar a capacidade de consciencialização corporal do indivíduo.

O Esquema de Tensões (Martins, s.d.) é um instrumento que a estagiária esperava encontrar neste contexto, tendo em conta a população atendida, e teve uma grande importância no sentido de perceber como a consciência do indivíduo sobre o próprio corpo.

3. DESCRIÇÃO DOS CASOS ACOMPANHADOS

Desde o início do estágio foram definidos os casos a ser acompanhados pela estagiária: a MMC, a MEL, a TM, a AMJ e a AMG em sessões individuais e o grupo EF de quinta feira composto pelas utentes MGF, AIF, MG e AA. Embora não tenham sido acompanhados exclusivamente pela estagiária, são contemplados ainda nesta descrição, os elementos do grupo PIPPA. Este grupo foi criado e acompanhado inicialmente pela orientadora contando com a observação participada e realização de algumas sessões pela estagiária, desde o início. Devido à ausência da orientadora foi dada continuidade às sessões, dinamizadas pela estagiária, no sentido de não interromper a evolução dos utentes e o projeto inicialmente definido. Desta forma, apesar de algumas adaptações foi possível a sua conclusão. Fizeram parte do grupo PIPPA os utentes: MCF, ER, SB, RT, DM e YM.

As avaliações finais, apresentadas em anexo, incluem os três elementos do grupo PIPPA que permaneceram no projeto até à sua conclusão (YM, MSC e DM), a MMC e a AMG. Esta situação explica-se pelo facto de, no final do período de estágio, ter sido referido à estagiária que possivelmente outra técnica faria a substituição da orientadora e daria continuidade ao acompanhamento dos utentes. Optou-se, então, por avaliar apenas os utentes acima referidos, devido à conclusão do grupo PIPPA, e no caso das utentes MMC e AMG devido ao perfil que apresentavam. Nos restantes casos, sendo o SCL-90-R parte da avaliação, optou-se por não realizar a avaliação uma vez que este instrumento toca em

pontos sensíveis para a pessoa, mas é uma boa ferramenta para conhecer o utente de forma completa. Assim, a estagiária não avaliou os utentes, no sentido de não os colocar numa situação em que estivessem repetidamente a abordar estas questões e de permitir à técnica substituir a aplicação de um instrumento que permite conhecer melhor o utente.

A intervenção foi pensada de acordo com as características de cada pessoa, tendo em conta as suas experiências e não só os resultados da avaliação inicial. A intervenção foi individualizada, correspondendo às necessidades e potencialidades de cada um. Num contexto de intervenção individual este processo foi facilitado, na medida em que as atividades foram adequadas a uma pessoa em concreto, ao passo que em grupo foi necessário ponderar as características de vários elementos. Em ambos os casos, foi tida em conta a gestão da proxémia e procurou-se, sobretudo numa fase inicial, permitir que os próprios utentes gerissem esta proximidade. Além disso, as atividades foram adaptadas de acordo com a postura que os indivíduos consideravam mais confortável (deitado, sentado, com os olhos abertos ou fechados, frente a frente ou voltado de costas para o outro). Em grupo, para além das questões já referidas, a intervenção foi individualizada pela realização de atividades que possibilitassem a participação em vários papéis (posturas mais passivas ou ativas, preferência por mobilizar ou ser mobilizado pelo outro, com toque direto ou com mediação pelo objeto). De seguida são descritos, de forma breve, os casos acompanhados ao longo deste período de estágio, à exceção dos estudos de caso: AMG e MSC.

3.1. MMC

Tabela 3. Dados de identificação da MMC

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	10-09-1948 (68 anos)
Diagnóstico	Distímia e perturbação de dor.
Primeira avaliação no espaço@com	02-07-2013
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou a quarta classe. Exerceu funções como empregada doméstica e em lavandaria durante cerca de 50 anos. Deixou de trabalhar por motivos de saúde e atualmente está reformada.

A MMC é casada, tem duas filhas e três netos. Foi referenciada para o espaço@com pela psiquiatria de ligação e é seguida na unidade de dor. A sua referenciação deveu-se a sintomas depressivos, isolamento social e ideação suicida. No verão de 2015 o seu marido

procurou os técnicos para reportar um episódio de desorientação, em que a utente esteve ausente durante várias horas, sem referir que iria sair. Na mesma altura, a utente começa a referir-se a uns bichos que os restantes familiares não veem. Refere que os bichos a picam e descreve-os com pormenor, da forma como são criados à forma como desaparecem. Estas ideias levam a utente a limpar constantemente a cozinha, pois acredita que os bichos se formam a partir de restos de sal.

A partir de outubro de 2015 a utente iniciou um acompanhamento individual de forma a acompanhar de perto a evolução dos novos sintomas e focar a intervenção em parâmetros cognitivos. A utente aborda assuntos relacionados com a família, descrevendo-a como pouco apoiante e adota comportamentos de vitimização e uma postura passivo-agressiva. No final da intervenção, a utente referiu ter realizado exames que, de acordo com o médico assistente, indicam que o seu cérebro “está a envelhecer muito rápido para a idade” (sic). A comparação dos resultados da avaliação inicial e final aponta melhorias nos objetivos definidos no projeto terapêutico da MMC. Alguns exemplos são apresentados de seguida:

- Promover a exploração de diferentes possibilidades de resolução de problemas: perceptível na tarefa de coordenação dinâmica manual;
- Melhorar a memória a curto prazo: perceptível na tarefa da imitação de gestos e nas tarefas de estruturação dinâmica e rítmica;
- Melhorar a memória a longo prazo: maior facilidade em descrever com maior precisão as atividades realizadas nas sessões anteriores e em sessões mais espaçadas no tempo.
- Melhorar o acesso voluntário à passividade: perceptível na manipulação dos membros que foram sentidos mais pesados, o que indica um maior nível de abandono.

A avaliação inicial, perfil intra-individual, objetivos definidos, avaliação final e uma apreciação global sobre os resultados podem ser consultados em anexo.

3.2. MEL

Tabela 4. Dados de identificação da MEL

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	13-02-1959 (57 anos)
Diagnóstico	Perturbação bipolar tipo II, depressão.
Primeira avaliação no espaço@com	23-07-2013

Habilitações académicas / situação profissional	Trabalhou em salões de estética/cabeleireiro. Está reformada desde os 30 anos devido ao impacto das suas perturbações psiquiátricas. Atualmente não ocupa o tempo de forma consistente.
--	---

A MEL vive sozinha e tem pouco contacto a família. Os pais já faleceram e a irmã mais velha (com quem a utente teria maior proximidade) faleceu, devido a doença neoplásica. A utente mantém algum contacto com o cunhado e sobrinha, mas não com a irmã mais nova, nem com o irmão. A MEL foi referenciada para o espaço@com durante a recuperação do último internamento, após o qual recebeu o diagnóstico de perturbação bipolar. As dificuldades económicas, o contexto social desfavorável e o isolamento social a que estava sujeita contribuíram para a sua referenciação. Os cuidados domésticos da MEL são muito limitados, bem como os de higiene, o que poderia ser melhorado com o apoio da equipa. Contudo, a utente não permite a interferência dos técnicos neste âmbito.

Devido a limitações físicas, a MEL não sobe o degrau do autocarro, portanto desloca-se para as consultas de táxi. O gasto elevado, juntamente com outras dificuldades financeiras tornou insustentável para a utente manter a frequência semanal das sessões. A partir de março de 2016, a pedido da MEL, as sessões passaram a ser agendadas quinzenalmente.

À data da referenciação, a MEL frequentou sessões individuais de psicomotricidade e posteriormente, devido à suspeita da existência de uma condição degenerativa, iniciou um acompanhamento com maior enfoque nas competências cognitivas. Partindo da observação das sessões de CRT, foi proposta à estagiária a realização de sessões de psicomotricidade com a utente que promovessem as mesmas capacidades cognitivas com recurso à intervenção psicomotora. Assim sendo, foram realizadas sessões de psicomotricidade de forma alternada com o CRT. O acompanhamento da MEL pela estagiária teve início a 9 de novembro de 2015 e terminou a 24 de junho de 2016.

A MEL não foi avaliada formalmente no final do período de intervenção. Contudo, foram perceptíveis melhorias, com recurso à observação informal e pela descrição da utente:

- Iniciativa de renovar a carta de condução, realizando um exame de condução, no qual foi aprovada. Para a realização deste exame necessitava de um carro, que não possuía, pelo que entrou em contacto com o cunhado, utilizando o seu carro;
- Sair de casa mais cedo nos dias de consulta e passar algum tempo fora de casa: ir ao café e arranjar as unhas (não o consegue fazer sozinha, sobretudo as unhas dos pés, devido à dor provocada pela posição em que teria de estar, pois a utente tem fibromialgia);

- No que diz respeito aos parâmetros cognitivos manteve relativa facilidade na realização das atividades propostas. Contudo, foram perceptíveis maiores dificuldades numa fase em que a utente faltou frequentemente às sessões;
- Motivação para a realização de atividades motoras, mesmo quando sentia dor. Referia: “dói quando eu faço, mas faz bem e eu depois sinto-me melhor” (sic).

3.3. TM

Tabela 5. Dados de identificação da TM

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	13-02-1970 (46 anos)
Diagnóstico	Perturbação da personalidade com traços dependentes e passivo-agressivos. Referenciada devido a uma forte componente de somatização da ansiedade.
Primeira avaliação no espaço@com	06-10-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 12º ano. Está desempregada atualmente e desde longa data.

A TM é solteira, vive com a mãe e com a irmã (com quem partilha o quarto e um beliche), numa relação de grande dependência. Sabe-se que a irmã tem diagnóstico de perturbação bipolar psicótica com traços obsessivo-compulsivos, com múltiplos internamentos e que a mãe tem uma psicopatologia, embora o diagnóstico não seja conhecido.

A TM tem uma postura de desinteresse perante a própria vida e uma representação negativa de si própria. É resistente à mudança e refere gostar de estar sozinha, pois acredita que desilude toda a gente. Está desempregada desde longa data e refere precisar de trabalhar, pois identifica a necessidade de ter o seu espaço, mas não se mobiliza para concretizar este desejo. Tem padrões alimentares irregulares e evita comer por considerar que come compulsivamente. A referência para o espaço@com deveu-se ao mercado desinvestimento social e ocupacional da TM bem como à somatização da ansiedade. Foi proposto à utente um acompanhamento individual em novembro de 2015 que decorreu até março de 2016. Nesta fase a utente começou a faltar repetidamente às sessões. Foi contactada inicialmente, mas continuou a faltar, pelo que o médico assistente recomendou que a utente não fosse contactada novamente, no sentido de não incentivar o seu comportamento dependente e passivo. Cerca de três meses depois referiu, na consulta de

psicologia, o interesse em retomar a intervenção no espaço@com. Após este contacto, a estagiária procedeu ao contacto com a utente no sentido de continuar a intervenção.

A intervenção foi retomada no final de maio e durou mais um mês. Optou-se por não avaliar a utente após 3 sessões depois de um período de ausência e pelas razões da mudança de técnica. Ainda assim, foram observadas melhorias relacionadas com os objetivos definidos:

- Promover a expressão das emoções com recurso ao movimento e ao grafismo: adesão a atividades mais livres, aceitando a inexistência do certo ou errado e privilegiando o sentir;
- Promover a tomada de iniciativa: teve maior iniciativa nas sessões, embora com necessidade de reforço pela terapeuta;
- Promover a capacidade de regular o nível de tensão do próprio corpo: maior disponibilidade para a relação, sorriso mais frequente;
- Promover a expressão dos próprios sentimentos verbalmente e promover a atribuição de um significado simbólico ao que é sentido nas sessões: teve maior disponibilidade para exprimir os próprios sentimentos e maior capacidade de reflexão em relação aos mesmos. Perante a possibilidade de mudar de terapeuta referiu: “tenho muita dificuldade em lidar com a perda, tenho medo de ficar sozinha” (sic);
- Mantém, contudo, uma grande rigidez do pensamento e uma postura muito tensa.

Em anexo podem ser consultados os resultados da avaliação inicial da TM que permitiram elaborar o seu perfil intra-individual e definir objetivos terapêuticos e ainda uma apreciação global sobre os resultados obtidos.

3.4. AMJ

Tabela 6. Dados de identificação da AMJ

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	14-11-1950 (66 anos)
Diagnóstico	Perturbação somatoforme e perturbação mista ansiosa e depressiva.
Primeira avaliação no espaço@com	22-10-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 9º ano. Está reformada, mas continua a trabalhar num escritório da família (montagens elétricas). Desempenha funções a nível administrativo.

A AMJ é casada e vive com o marido, com quem tem uma boa relação. Tem dois filhos adultos e autónomos: o mais velho trabalha na empresa da família, estudou engenharia eletrotécnica, é casado e tem uma filha com 6 anos; e o mais novo é solteiro e vive no estrangeiro. A utente teve um irmão mais novo que faleceu aos 5 anos, situação à qual a sua mãe reagiu de forma patológica levando a AMJ ao cemitério quase todos os dias, por vezes à noite. Refere que se sentiu esquecida pela mãe na altura e descreve um historial de violência doméstica e abuso de álcool por parte do pai, que agredia fisicamente a mãe.

Alguns eventos recentes que podem justificar o perfil da utente são: uma situação de conflito com a nora, acompanhada também no serviço de psiquiatria e o facto de o filho mais novo ter assumido ser homossexual, o que a AMJ diz aceitar, apesar de admitir que lhe custa e de temer que o grupo de amigas saiba “porque elas fazem pouco” (sic).

A AMJ é acompanhada no serviço de psiquiatria desde 2014 e refere melhorias no sono e no humor com diminuição significativa dos sintomas de ansiedade. Considera estar mais tranquila e motivada, embora mantenha a convicção de ter um problema de saúde físico grave que provoca os sintomas corporais atuais. A referenciação para a consulta de psicomotricidade deveu-se às queixas somáticas e de ansiedade. A AMJ começou a frequentar sessões individuais com a estagiária em novembro de 2015.

A AMJ aderiu bem ao processo terapêutico e quando necessitava de faltar, entrava em contacto para reagendar a consulta. Contudo, no final de janeiro de 2016 começou a faltar novamente não contactando a equipa. Nesta fase, a médica assistente referiu que a utente teria faltado também à consulta de psiquiatria e recomendou que não fosse contactada. Por esta razão não é apresentada a avaliação final da utente, nem são apresentadas melhorias significativas observadas informalmente devido ao pouco tempo de intervenção.

3.5. Grupo EF

O grupo EF dinamizado pela estagiária desde o início do estágio decorreu às quintas feiras às 10:00 e contava com a participação de quatro utentes cujo perfil é brevemente apresentado. O grupo EF tem objetivos definidos, embora no caso deste grupo específico tenham sido adicionados alguns objetivos. Os parâmetros cognitivos foram um dos focos de atenção, pois esta dificuldade era comum a todas as utentes. Os objetivos do grupo EF de quinta feira podem ser consultados em anexo. Estes objetivos foram definidos de acordo com as características globais das utentes. Contudo, as atividades foram pensadas no sentido de proporcionar o maior benefício possível para cada uma das participantes.

3.5.1.MGF**Tabela 7. Dados de identificação da MGF**

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	01-03-1947 (69 anos)
Diagnóstico	Perturbação esquizoafetiva. Foi referenciada devido aos sintomas depressivos que apresentava.
Primeira avaliação no espaço@com	18-06-2013
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 6º ano. Trabalhou como administrativa, era muito focada no trabalho. Atualmente está reformada.

A MGF é casada, vive com o marido e com a sogra. Tem uma relação próxima com a sogra e até dependente perante esta figura. A sogra sempre foi muito disponível, mas, entretanto, sofreu uma fratura da anca e está dependente, o que provoca instabilidade na MGF. A MGF tem uma filha autónoma, com quem almoça uma vez por semana, mas não tem uma relação próxima com os pais. A utente é bastante desorganizada e o marido tem traços depressivos, o que não contribui para melhorias no perfil da MGF. A utente tem dado menos atenção à apresentação, cuidados de higiene e controlo de peso (embora o último se deva à medicação). O acompanhamento na consulta de psiquiatria teve início em 2009, embora já aos 40 anos a MGF apresentasse um quadro afetivo de polaridade depressiva com implicações na vida profissional, devido a dificuldades de concentração e ao cansaço.

A MGF integrou o grupo EF em 2013 devido aos sintomas depressivos, isolamento social e marcado desinvestimento pessoal, permanecendo no grupo até ao ano 2015/2016. A utente manteve um perfil estável ao longo do período de intervenção, sendo que um dos aspetos mais preocupantes seria a sua falta de motivação e passividade. Referia não ter vontade de fazer nada e em algumas sessões referiu mesmo ter ponderado faltar por este motivo. Contudo, a utente valoriza este espaço terapêutico e considera que as sessões de grupo a motivam e fazem com que se sinta melhor. A MGF desvaloriza-se muito, referindo que não é capaz de fazer algumas atividades propostas e tem dificuldade em compreender a instrução. Ao longo do período de intervenção foram observadas alterações na motivação da MGF consoante o estado de saúde da sua sogra. Contudo, o aumento da relação de confiança no contexto terapêutico com a terapeuta e com as colegas contribuiu para que a utente se envolvesse e participasse mais ativamente nas atividades.

3.5.2. AIF**Tabela 8. Dados de identificação da AIF**

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	01-03-1976 (40 anos)
Diagnóstico	Estados de transe e possessão.
Primeira avaliação no espaço@com	21-01-2014
Habilitações académicas / situação profissional	Está desempregada desde longa data.

A AIF vive com os pais, numa relação familiar disfuncional. O pai é pouco apoiante e considera a filha preguiçosa. A mãe tenta apoiar, mas por vezes adota a mesma postura. A AIF refere ter uma boa relação com a irmã, casada e com uma filha. É difícil apurar o percurso académico e profissional da utente, que refere ser licenciada em ciências da educação e medicina dirigindo-se ao médico assistente como o “colega” (sic). A AIF refere sentir ansiedade constantemente, desde longa data e tem sintomas somáticos (palpitações e cefaleias). Teve vários internamentos e há indicação de que terá mantido a medicação após os mesmos durante algum tempo, mas interrompe a mesma sem indicação médica.

A utente já teria integrado o grupo EF, mas por faltar repetidamente deixou de ser contactada e aguardou-se que contactasse os técnicos. Contactou a psicomotricista em setembro de 2015 e foi integrada neste grupo. Durante o período de intervenção manteve-se motivada e demonstrou estar cada vez mais à vontade com as colegas. A utente é a mais jovem do grupo, o que poderia dificultar o planeamento das sessões devido à diferença de interesses ou à adequação do nível de dificuldade das atividades. Contudo, uma grande vantagem da integração da utente no grupo é o seu interesse em apoiar o outro. A AIF é muito fechada e apática, pelo que incentivar este seu gosto de ajudar o outro foi uma estratégia utilizada na fase inicial de intervenção de forma a promover a relação com as colegas e, em simultâneo, contribuir para o sucesso de todas as participantes. Ao longo do tempo as atividades foram complexificadas, aumentando o desafio para todas.

3.5.3. MG**Tabela 9. Dados de identificação da MG**

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	01-03-1949 (67 anos)

Diagnóstico	Perturbação bipolar tipo II. Referenciada devido aos sintomas depressivos.
Primeira avaliação no espaço@com	06-10-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 4º ano, e tirou um curso de costura. Atualmente está reformada.

A MG vive com o marido, tem uma filha casada e autónoma, um neto e uma neta pequenos. A utente faz vendas em feiras juntamente com o marido, apesar de estar reformada, uma vez que tem algumas dificuldades económicas.

A MG iniciou o acompanhamento em psiquiatria em 2006, após ser medicada pela médica de família devido a sintomas de isolamento, tristeza e apatia, sem sucesso. A utente aderiu à consulta apesar de ter reservas relativamente à medicação e de fazer ajustes autonomamente. Apresentava um perfil apelativo, com traços ruminativos, dificuldade em adormecer, dúvidas obsessivas, preocupações hipocondríacas, ansiedade, dificuldades mnésicas e esquecimentos, mas mantinha-se funcional, apesar de ser descrita pela família como pouco flexível. Mais tarde evidenciaram-se sintomas somáticos (dores na coluna, perda de peso). A evolução dos sintomas levou a um internamento, em julho de 2015, após o qual a utente colaborava mais (e.g. toma medicação de forma adequada, sai de casa sem insistência), apesar de manter interpretações muito rígidas. A referência da MG para o espaço@com surge devido à necessidade de promover o enfoque num corpo saudável e nas suas capacidades. A utente demonstrou estar motivada para integrar o grupo desde que lhe foi feita a proposta e valoriza o apoio que recebeu por toda a equipa.

Ao longo da intervenção, a MG demonstrou grande interesse em realizar as atividades, embora não se focasse na busca de prazer no movimento, mas na ideia de que a realização de “exercícios” (sic) iria melhorar o seu bem-estar. Ao longo do tempo foi afastada esta ideia e houve abertura de espaço para o sentir o próprio corpo como meio de relação e como um espaço onde é possível experienciar sensações agradáveis.

3.5.4.AA

Tabela 10. Dados de identificação da AA

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	22-04-1969 (67 anos).
Diagnóstico	Perturbação do humor não especificada, distímia.

Primeira avaliação no espaço@com	23-06-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 4º ano de escolaridade e começou a trabalhar aos 11 anos. Em adulta conciliou vários empregos: desde muito cedo até às 9h numa pastelaria, das 9h às 17h numa papelaria e num restaurante até à meia-noite. Foi também porteira num prédio, onde fazia limpezas. Atualmente está reformada.

A AA é divorciada e vive sozinha. O marido era agressivo e o divórcio foi incentivado pelos técnicos da equipa. Tem um filho e uma filha com quem não contacta. O irmão da utente suicidou-se na altura em que esta deixou contactar com o filho. A AA tem um irmão com esquizofrenia, um irmão com demência (início aos 65 anos) e uma irmã falecida após pancreatite aguda. Conhece-se também uma história de suicídio de um tio. A AA conhecia o Dr. Manuel Guerreiro e foi acompanhada a nível psiquiátrico pelo mesmo. Fez psicoterapia cognitivo-comportamental e psicomotricidade com resultados positivos. Contudo, abandonou o acompanhamento, pois não o conseguia suportar financeiramente.

Foi referenciada para a psiquiatria de ligação no HFF pela especialidade de cardiologia. Recorreu ao serviço de urgência devido a sintomas de ansiedade, insónia e pensamentos de morte sem ideação suicida estruturada. A utente chegou a ajustar a própria medicação sem ordem médica o que agravou o seu quadro afetivo: só se sentia bem a chorar, tinha cefaleias de intensidade crescente, diminuição de apetite, pensamentos de morte sem ideação suicida estruturada, mas afetando o comportamento e com pensamentos de automutilação e defenestração (dirigiu-se a uma das janelas da casa – 8º andar). Este quadro poderá dever-se a grandes discussões que na altura teria com o ex-marido.

A referenciação para a consulta de psicomotricidade surge devido a sintomas depressivos, a uma forte componente de somatização e ao isolamento social. A AA integrou o grupo EF no ano 2015/2016 sendo esta a sua primeira experiência de grupo em psicomotricidade. Mostrava-se motivada nas sessões, participava ativamente e referiu sentir-se bem. Contudo, em janeiro começou a faltar repetidamente, foi contactada e voltou a uma sessão em fevereiro e uma outra em março. Procurou-se entrar em contacto com a utente e motivá-la nas sessões em que comparecia, mas a AA não aderiu e abandonou o grupo.

3.6. Grupo PIPPA

O grupo PIPPA foi criado pela orientadora e teve início em outubro, na mesma fase que o estágio. Foi proposta à estagiária uma participação ativa no grupo, passando pela

participação e planeamento de algumas sessões. Este grupo surgiu devido à necessidade de uma resposta em grupo para utentes com perturbações de ansiedade, devido ao grande número de referenciações neste sentido e não pretendia integrar utentes com perturbações psicóticas. A integração de qualquer utente no grupo depende da avaliação inicial, que permite apurar se é benéfico integrar a pessoa numa abordagem em grupo ou não. Os objetivos terapêuticos definidos para este grupo podem ser consultados na Tabela 25.

O grupo teve início com 7 elementos, embora alguns tenham saído durante o período de intervenção. Concluíram todas as sessões apenas 3 elementos, um dos quais não é descrito abaixo, mas como estudo de caso. Devido ao menor número de participantes, a partir de março, a sessão passou a ser realizada apenas às 10:00. Apesar de numa fase inicial as sessões serem realizadas principalmente pela orientadora, a partir do momento em que a orientadora se ausentou as sessões foram planeadas pela estagiária.

3.6.1. MCF

Tabela 11. Dados de identificação da MCF

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	13-12-1969 (47 anos)
Diagnóstico	Perturbação bipolar tipo I.
Primeira avaliação no espaço@com	16-06-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o ensino superior (curso de Línguas e Literaturas Modernas). Atualmente é professora de inglês do 1º ciclo.

A MCF vive em união de facto com o marido (estão divorciados mas voltaram a viver juntos) e o filho. Teve vários internamentos, o primeiro dos quais aos 22 anos devido a ideação delirante persecutória. Melhorou após o internamento, mas abandonou a terapêutica e optou por tratamentos naturais. Terminou, entretanto, a sua formação superior – Línguas e Literaturas Modernas – e começou a dar aulas de inglês e alemão. Conheceu o marido aos 26 anos com quem teve um filho. Contudo, os episódios de descompensação da utente afetaram a relação familiar (abandonava a família, referindo que não era compreendida).

Após o último internamento, a MCF apresentava-se mais estável. Iniciou funções laborais, embora apenas uma hora por dia inicialmente. Foi melhorando a partir desta etapa e foi referenciada para o espaço@com, integrando o grupo PIPPA devido aos sintomas de ansiedade. Após análise do caso com a médica assistente, esta intervenção foi

considerada benéfica para a MCF. Contudo, a utente frequentou o grupo PIPPA apenas durante o primeiro mês. A utente já mantinha a sua atividade profissional desde o início do grupo. Contudo, a partir de certa altura foi proposto o aumento do horário de trabalho, que a MCF aceitou, o que se tornou incompatível com o horário das sessões. Há-que considerar que embora a utente não tenha participado no projeto até à sua conclusão o motivo pelo qual abandonou o grupo é positivo, pois vai ao encontro dos objetivos do espaço@com.

3.6.2.ER

Tabela 12. Dados de identificação da ER

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	23-11-1974 (42 anos)
Diagnóstico	Perturbação bipolar tipo I.
Primeira avaliação no espaço@com	15-07-2014.
Habilitações académicas / situação profissional	Licenciatura em Engenharia Zootécnica.

A ER vive sozinha, numa casa que pertence ao pai. No início do grupo estava à procura de emprego, desde longa data, sendo que os empregos que manteve anteriormente seriam esporádicos e pouco estáveis. A utente é tímida e tem dificuldade no estabelecimento de relações de intimidade sólidas e prolongadas. Tem poucos amigos e uma relação ambivalente com os pais e com a irmã. Enquanto frequentou o grupo revelava ter uma relação mais próxima com a irmã do que com os pais. Evitava o contacto com estas figuras por considerar que a proximidade dos pais levava à criação de conflitos com os mesmos.

Foi-lhe diagnosticada perturbação bipolar aos 24 anos. Desde então foi internada três vezes: devido a um episódio de polaridade depressiva, um episódio de polaridade mista e um estado de hipomania, sendo o último internamento aos 35 anos. É seguida no serviço de psiquiatria do HFF desde maio de 2012 e desde então, a sintomatologia da ER é dominada por labilidade afetiva e episódios de ansiedade. Foi referenciada para o espaço@com em 2014 e começou por ser acompanhada individualmente em psicomotricidade. Em 2015, devido à criação do grupo PIPPA e ao perfil da utente, foi proposta a sua integração neste projeto. Durante a fase em que frequentou o grupo, a ER demonstrou interesse nas atividades e procurava aplicá-las no seu dia-a-dia. Recorreu à terapeuta várias vezes no final das sessões pedindo informações sobre as técnicas utilizadas, pois pretendia informar-se para que após o grupo pudesse utilizar estas estratégias no seu quotidiano. À semelhança do que ocorreu com a MCF, também a ER

abandonou o grupo, por encontrar emprego e devido à incompatibilidade de horário com a atividade profissional. Contudo, mais uma vez, o motivo de abandono do grupo é positivo.

3.6.3.SB

Tabela 13. Dados de identificação da SB

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	26-10-1983 (33 anos)
Diagnóstico	Esquizofrenia paranoide. Na fase de integração no grupo destacava-se uma perturbação da ansiedade, pelo que a utente foi integrada com o consentimento do médico assistente.
Primeira avaliação no espaço@com	14-04-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 12º ano de escolaridade. Atualmente está reformada por invalidez, mas cuida de um senhor idoso durante algumas horas, sendo esta a sua única ocupação.

A SB é solteira e vive sozinha mantendo algum contacto com a irmã. Mantém contacto também com a mãe, embora tenha uma relação conflituosa com esta figura. A mãe parece ter também alguma psicopatologia, embora não exista informação concreta sobre a mesma. A SB tem dificuldades socioeconómicas, pelo que tem o apoio da assistente social.

A utente foi acompanhada durante 3 anos no Hospital de Santa Maria e iniciou o acompanhamento no HFF em 2010. No ano seguinte dirigiu-se ao serviço de urgência acompanhada pela PSP, a pedido da mãe e tios, devido a alterações do comportamento. A SB recusava-se a comer acreditando que a mãe lhe colocava “coisas na comida” (sic).

Em 2014 as queixas da SB prendiam-se com sintomas de ansiedade, nomeadamente ataques de pânico, tremores, frio. A integração da SB no grupo PIPPA é uma exceção ponderada com o médico assistente e, com o seu consentimento, foi proposta à utente a integração no grupo, devido às queixas de ansiedade e no sentido de adotar estratégias para evitar o abuso da medicação. A SB abandonou o grupo, pois deixou de ser acompanhada no serviço de psiquiatria do HFF. Por sugestão da irmã, a utente pediu uma segunda opinião relativamente ao seu diagnóstico psiquiátrico e o médico que consultou considerou que na verdade a SB teria apenas uma perturbação de ansiedade. A utente seguiu as indicações deste médico, abandonando as do médico assistente do HFF, o que implica deixar de ser acompanhada pelo serviço de psiquiatria, que inclui o espaço@com.

3.6.4. RT

Tabela 14. Dados de identificação do RT

Dados de identificação	
Género	Masculino
Data de nascimento	12-12-1988 (28 anos)
Diagnóstico	Perturbação de ansiedade generalizada.
Primeira avaliação no espaço@com	13-01-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 12º ano de escolaridade. Atualmente trabalha como operador de caixa num supermercado.

O RT é solteiro e vive com os pais. Tem um irmão mais velho, autónomo e com filhos. O utente frequentou o serviço militar e esperava encontrar com esta experiência aventura e missões fora do país. Contudo, a experiência não correspondeu às suas expectativas e contribuiu para desenvolver sintomas de ansiedade. Foi colocado na área da saúde e tem recordações perturbadoras desta época quando está ansioso. O RT refere sentir muita ansiedade desde sempre e ter sido vítima de bullying na escola. O utente tem dificuldade em manter contacto com o olhar e tem tendência para o isolamento. Este isolamento não é marcado devido a alguns amigos que não o permitem. A referenciação do RT para psicomotricidade deveu-se aos sintomas de ansiedade. O utente começou por ser acompanhado individualmente e integrou depois o grupo PIPPA. Contudo, desde o início da intervenção, pretendia-se preparar o RT para um acompanhamento em psicoterapia.

O RT frequentou o grupo PIPPA durante grande parte do período de intervenção. A determinada altura, considerou-se que teria capacidade de mentalização suficiente para iniciar um acompanhamento em psicoterapia. Foi então proposto o início de um acompanhamento em psicoterapia, mas colocada a hipótese de continuar a frequentar o grupo PIPPA. O utente optou por não o fazer devido também ao facto de trabalhar, pelo que abandonou o acompanhamento no espaço@com também por motivos positivos sendo que integrou a abordagem terapêutica que se pretendia desde o início da intervenção.

3.6.5. DM

Tabela 15. Dados de identificação da DM

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	30-11-1963 (53 anos)

Diagnóstico	Distímia.
Primeira avaliação no espaço@com	30-07-2013
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 12º ano de escolaridade. Foi operadora de caixa num supermercado e atualmente está reformada por invalidez.

A DM é casada, vive com o marido e com o filho adulto e com formação superior, que parece permanecer em casa dos pais numa tentativa de proteger ambos. Tem 3 irmãs com quem tem uma relação conflituosa desde a morte dos pais. A irmã com quem tem melhor relação vive em Cascais, mas ainda assim não convivem com frequência.

A DM é seguida na consulta de psiquiatria do HFF desde 2012, embora tenha episódios depressivos recorrentes desde os 18 anos. Mais recentemente, um conflito com a entidade patronal agravou o quadro depressivo e despoletou sintomas de ansiedade marcada, irritabilidade, sentimentos de desvalorização, labilidade emocional e pesadelos. A nível psicossomático há também consequências (crises de hipertensão). Foi referenciada para o espaço@com em 2013 devido a este quadro e integrou o grupo EF onde evoluiu durante 2 anos. Contudo, perante a possibilidade de receber alta a utente refere sempre estar mais instável, com problemas aos quais não consegue dar resposta. Para além das queixas de ansiedade da DM, a utente foi integrada no grupo PIPPA pelo facto de se tratar de uma intervenção com um espaço de tempo definido, no sentido de após o final deste projeto iniciar sessões mais espaçadas no tempo de forma a preparar a utente para receber alta.

3.6.6. YM

Tabela 16. Dados de identificação da YM

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	01-06-1989 (27 anos)
Diagnóstico	Perturbação de pânico e depressão secundária.
Primeira avaliação no espaço@com	17-03-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 12º ano de escolaridade. Atualmente trabalha como responsável de loja num supermercado.

A YM tem origem ucraniana, mas é portuguesa. Tem uma relação próxima com os pais e irmão, embora esta seja demasiadamente dependente. No início do grupo, a YM vivia em união de facto com o companheiro, com quem mantinha uma relação de alguns anos.

A YM em fases de ansiedade mais marcada apresenta sintomas psicossomáticos como tremores, sudorese, pesadelos, alterações no padrão de sono e dificuldades na respiração sendo que acorda a meio da noite, com dificuldade em respirar. A utente apresenta também queixas digestivas que se agravam também em situações de maior ansiedade. Por estes motivos, foi referenciada para o espaço@com e inicialmente frequentou sessões individualmente. Perante a criação do grupo PIPPA foi proposto à utente que o integrasse, o que a YM aceitou. Ao longo do processo de intervenção, contudo, entrou em conflito com o seu parceiro, o que resultou numa separação. Algumas semanas depois, a utente iniciou uma nova relação que evoluiu de forma muito rápida sendo que passado pouco tempo começou a viver em união de facto com este novo parceiro e tentou engravidar. A YM engravidou duas vezes durante o período em que frequentou o grupo, sendo que ambas as vezes resultaram em aborto espontâneo. Estas situações implicaram, como seria de esperar, um aumento dos sintomas de ansiedade da YM. Na altura em que sofreu o segundo aborto espontâneo a utente referiu ter mais dificuldade em adormecer.

3.7. Síntese

De forma a organizar de forma breve a evolução dos utentes acompanhados são apresentadas de seguida duas tabelas que transmitem a evolução geral dos utentes avaliados pela BPM (Fonseca, 2010a) e pelo STAI (Spielberger, 1983). Os resultados apresentados dizem respeito apenas aos utentes cuja avaliação final foi realizada, como foi referido na introdução deste capítulo. No caso da BPM (Fonseca, 2010a), este instrumento foi aplicado à AMG e MMC. Já o STAI (Spielberger, 1983) foi aplicado às três utentes que permaneceram no grupo PIPPA até à sua conclusão.

Tabela 17. Evolução global dos indivíduos avaliados pela BPM

	Tonicidade	Equilibração	Lateralidade	Noção do Corpo	Estruturação Espaciotemporal	Praxia Global	Praxia Fina
Av. Inicial	2,57	2,09	3,5	3,1	2,38	2,37	2,25
Av. Final	2,93	2,58	4	3,3	2,88	2,8	3

A Tabela 17 indica que as utentes avaliadas pela BPM evoluíram em todos os fatores psicomotores. É de salientar a evolução na praxia fina, cujos resultados indicam uma maior

diferença comparativamente com a avaliação inicial. Seguem-se a este fator, a lateralidade e a estruturação espaciotemporal, onde foram observadas também melhorias.

Tabela 18. Evolução global dos indivíduos avaliados pelo STAI

	Forma Y-2
Av. Inicial	57
Av. Final	51

Os resultados globais do STAI apontam para uma evolução de todos os elementos do grupo. Todos referiram melhorias em vários itens, embora tenham reportado também aspetos que pioraram após a intervenção. Contudo, estes aspetos podem ser justificados por determinadas circunstâncias da vida de cada um dos sujeitos avaliados. Estes resultados podem ser consultados com mais pormenor e na sua componente qualitativa, como se pretendeu ao longo da intervenção, na sessão clínica preparada pela estagiária.

4. ESTUDOS DE CASO

4.1. Estudo de Caso I: AMG

Tabela 19. Dados de identificação da AMG

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	31-03-1997 (19 anos)
Diagnóstico	Episódios depressivos/ Estados de ansiedade.
Primeira avaliação no espaço@com	22-10-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Estudante – 1º ano da Licenciatura em Gestão Turística na Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril.

4.1.1. História Pessoal e Clínica

A AMG tem 19 anos, é filha única e vive com os pais na Amadora. A sua mãe está desempregada e com base no que foi observável na primeira consulta no espaço@com tem um perfil dependente e controlador para com a filha, não permitindo que esta esteja fora de casa após as 19:00. A utente parece ter uma relação muito próxima com o pai, que a leva a todas as consultas, embora apresente um comportamento algo desadequado para a idade com esta figura (e.g. sentar ao colo do pai na sala de espera).

A AMG descreve-se como uma pessoa perfeccionista e pessimista, embora a mãe acrescente o facto de ser extrovertida, sociável, brincalhona e alegre. Gosta de tocar guitarra e cantar e tentou formar uma banda com os amigos, que acabou por não ter sucesso. Na primeira consulta de psiquiatria, em 2014, namorava. Referiu, nesta consulta, ter sido vítima de *bullying* entre os 10 e os 14 anos “por ser boa aluna e ter muitas borbulhas” (sic). Na primeira consulta no espaço@com, refere ter entrado em conflito com grande parte da turma do secundário que a acusava de ser manipuladora. Manteve duas amigas apenas, com quem veio também a entrar em conflito mais tarde.

A AMG recorreu ao serviço de urgência do Hospital Dona Estefânia, em maio de 2014 devido a preocupações com o futuro, referindo que pensava demais, tinha dificuldade em tomar decisões e sentia-se confusa, o que provocou sintomas de ansiedade associados a tremores, choro, dispneia, lapsos de memória, diminuição da autoestima, perda de apetite, redução das horas de sono, preocupação com o que os outros pensavam, isolamento e perda de energia. Após este episódio foi encaminhada para o HFF sem um diagnóstico definido, mas com suspeita de uma perturbação de ansiedade generalizada.

Iniciou medicação em julho de 2014 após a primeira consulta no HFF. No mês seguinte, em casa da tia (com diagnóstico de esquizofrenia), a AMG desorganizou-se com a medicação e recorreu ao serviço de urgência em Coimbra duas vezes. Esta situação deveu-se ao agravamento dos sintomas (tonturas, náuseas, cansaço e lentificação psicomotora), a uma situação de fenómenos de despersonalização e desrealização e a ideias paranoides sem convicção delirante, em que referia: “não sei se me puseram alguma coisa na comida” (sic). No final de agosto a utente referia sentir-se melhor.

Após estes episódios, iniciou acompanhamento em psicologia na Clínica Santo António e foi ajustada a medicação, perante o que a utente referiu melhorias apesar da dificuldade em manter a atenção focada nas tarefas e de ter cefaleias ocasionais de intensidade moderada. A médica assistente identifica na AMG para além dos traços de ansiedade, alguns traços da personalidade desajustados (histriónicos/narcísicos). Ao longo do ano a AMG teve duas recaídas com implicações na memória. No final do ano considerava não estar “emocionalmente preparada” (sic) para entrar na faculdade e referia sentir-se ansiosa com esta decisão, mas preferia ficar um ano a tirar a carta e a estudar para entrar com melhor preparação para a faculdade. Ainda assim, acabou por entrar em Gestão Turística na Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. No ano letivo de 2015/2016 inicia o seu percurso no ensino superior, que encara de forma positiva, com foco na possibilidade de criar de novas relações e passar por novas experiências. Optou por juntar-se à tuna da

sua faculdade, decisão não apoiada pela mãe que teme uma sobrecarga de trabalho e uma má gestão do tempo por parte da filha que possa provocar o reaparecimento dos sintomas.

É importante referir que a AMG decidiu deixar de comer carne entre os 6 e os 8 anos após ver o avô matar um borrego, pelo que os pais decidiram que a utente devia frequentar um psicólogo nesta fase. Relativamente a este período, a utente referiu que os pais colocavam carne triturada na sopa, para que a utente comesse. No que diz respeito a antecedentes familiares, a AMG tem um tio com esquizofrenia paranoide, uma tia com esquizofrenia e um primo com um internamento em psiquiatria (elementos da família da parte do pai).

Foi referenciada para o espaço@com devido a “Episódios depressivos/Estados de ansiedade”, com indicação para sessões de psicomotricidade individuais, devido às queixas de ansiedade e a uma forte componente de somatização. À data da primeira avaliação, a AMG considerava já não necessitar de intervenção, dado que nesta fase os sintomas não se manifestavam, para além de que tencionava deixar a medicação até março. Ainda assim, aceitou passar pela avaliação e realizar algumas sessões.

4.1.2. Avaliação Inicial

A avaliação da AMG teve por base o SCL-90-R, a BPM, o Esquema de Tensões e a GOC. Os resultados do SCL-90-R, apresentados no Gráfico 2, apontam para uma alteração muito significativa do perfil sintomático num curto espaço de tempo (entre junho e outubro de 2015). Estes resultados podem indicar, por um lado alterações muito bruscas no perfil sintomático da AMG e, por outro, a falta de capacidade crítica da AMG para avaliar o seu próprio estado, considerando ligeiras melhorias como grandes evoluções.

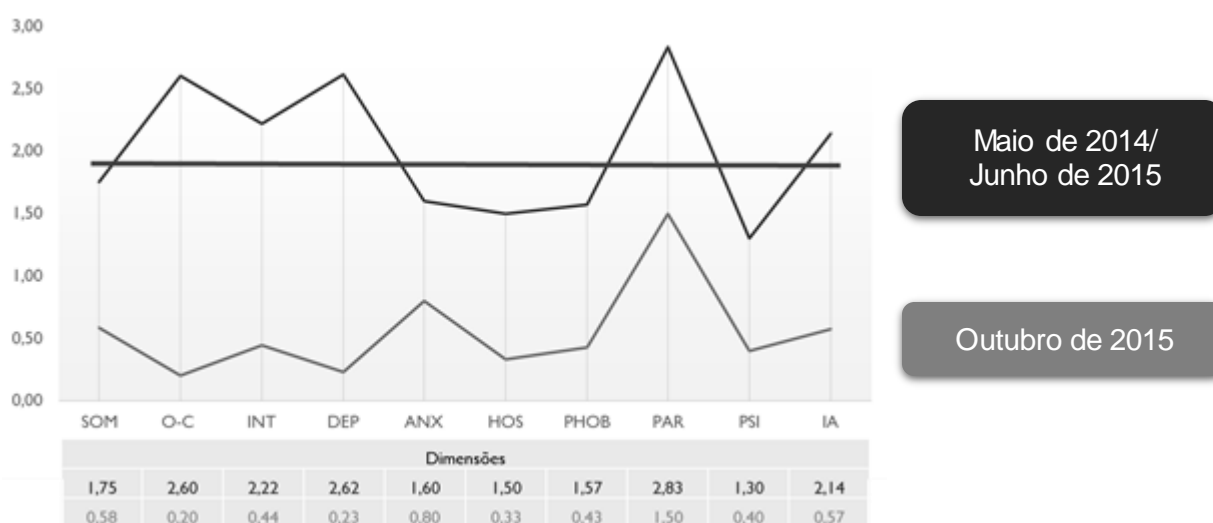


Gráfico 2. Resultados do SCL-90-R da AMG

Os resultados numéricos obtidos pela aplicação da BPM são apresentados na Tabela 20. Contudo, estes transmitem muito pouco do perfil da AMG, que pode ser compreendido de forma mais completa com a análise do desempenho e comportamento da utente ao longo das tarefas propostas. A descrição pormenorizada bem como a cotação obtida pela utente em cada tarefa pode ser consultada em anexo. É importante referir, contudo, alguns pontos importantes observados ao longo da aplicação da BPM à AMG.

Foram perceptíveis movimentos voluntários nas tarefas incluídas no fator da tonicidade revelando dificuldades em abandonar o controlo muscular. A AMG teve dificuldade na tarefa das diadococinésias realizando movimentos em espelho. Na equibração, evidenciou oscilações e reequilibrações frequentes. Ainda assim, foi visível uma tentativa de controlo sobre o movimento na marcha para trás na trave, realizada mais lentamente numa tentativa de controlar o movimento.

Relativamente à lateralização, a AMG é dominante do lado direito, embora refira utilizar os talheres ao contrário. No que concerne à noção do corpo, é interessante referir que a utente teve dificuldade em fazer a transferência na localização das partes do corpo da terapeuta. Esta situação pode indicar dificuldades em colocar-se no lugar do outro e na consciencialização do próprio corpo, pois de acordo com Fonseca (2010a) as imperfeições na noção do corpo refletem-se na perceção de objetos externos. No desenho do corpo, a AMG representa a face e o tronco num perfil frontal e os membros inferiores virados para a esquerda. Contudo, elabora um desenho realista no que diz respeito às proporções e pormenorizado (pestanas, representa a roupa que utilizava no próprio dia).



Figura 1. Desenho do corpo inicial da AMG

Fonseca (2010a) defende que limitações neste fator indicam vulnerabilidade na autoestima e autoconceito, o que justifica algumas modificações comportamentais e a ansiedade excessiva. Podem ser afetados aspetos como a socialização, o potencial de aprendizagem, a sequencialização de atividades e da linguagem, o que é consistente com o perfil da AMG. Os fatores anteriores, particularmente a consciência do corpo e o desenvolvimento da lateralidade, são determinantes na consolidação da estruturação espaciotemporal (Fonseca, 2010a). Neste fator a AMG teve dificuldades na atenção, memória e orientação espacial, sendo a tarefa em que teve maiores dificuldades a estruturação dinâmica.

As dificuldades observadas na praxia global parecem dever-se principalmente à dificuldade no controlo e planificação motora. As dificuldades na praxia global podem ser mais

acentuadas devido à noção do corpo imperfeita, pois o corpo é o ponto de referência para as relações estabelecidas com os objetos e para a realização de movimento intencional (Fonseca, 2010a). Finalmente, na praxia fina foram detetadas dificuldades mais evidentes no tamborilar em que a AMG repetiu várias vezes o movimento de oponibilidade nos dedos indicador e mindinho, o que pode indicar alguma impulsividade (Fonseca, 2010a).

Tabela 20. Resultados da BPM inicial da AMG

Tonicidade	Equilibração	Lateralidade	Noção do Corpo	Estruturação Espaciotemporal	Praxia Global	Praxia Fina
2,85	2,33	4 (DDDD)	3,2	3	2,33	3

Grande parte do Esquema de Tensões preenchido pela AMG é verde, o que corresponde ao perfil descrito pela utente à data da avaliação. Contudo, são identificadas algumas áreas a amarelo (pescoço, parte interna dos braços, articulação coxofemoral, joelho e tornozelo) e vermelho (ombros). A utente colocou ainda amarelo por cima dos olhos para representar um peso que referia sentir sobre os olhos.

A GOC foi um instrumento aplicado com mais frequência devido a alterações marcadas no perfil da AMG. Numa primeira aplicação (janeiro de 2016), a AMG apresentava-se motivada e cooperante, apesar de considerar desnecessário este acompanhamento. Referia sentir-se calma e, apesar de verbalizar muito, era capaz estar concentrada e realizar as atividades propostas em silêncio quando incentivada a tal. Nesta fase tomava mais iniciativa,

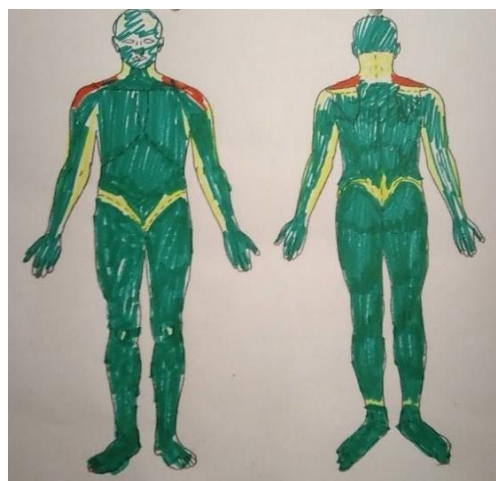


Figura 2. Esquema de Tensões inicial da AMG

apresentava uma postura alegre e interessada perante as tarefas, ainda que por vezes as considerasse “estranhas” (sic). A segunda aplicação, em fevereiro de 2016 foi fundamental no sentido de registar alterações no comportamento da AMG e adaptar o projeto terapêutico às suas necessidades. Foram perceptíveis não só pela descrição da utente, mas também pelo desempenho na sessão, dificuldades na atenção e uma desorganização no discurso e no próprio pensamento, que se refletiu em sentimentos de frustração e numa grande dificuldade em lidar com estas alterações. Nesta altura acentuou-se a dificuldade da AMG estar em silêncio, verbalizando constantemente durante as atividades, houve uma maior dependência inclusivamente no contexto terapêutico e a perda da tomada de iniciativa. Ainda assim, manteve-se motivada

e interessada nas atividades propostas considerando, nesta fase, vantajoso continuar a intervenção. Desde o início do período de intervenção a AMG tolerava o toque e foi demonstrando progressivamente mais confiança na terapeuta.

Foram observados informalmente alguns aspetos no comportamento da AMG que se modificaram. O seu aspeto era mais cuidado inicialmente e foi perceptível um menor investimento a este nível que a AMG identifica. Neste curto espaço de tempo o seu humor alterou-se, o que se refletiu no tom de voz (mais baixo), no discurso (deixou de utilizar expressões em inglês), na menor motivação e na intenção de desistir de atividades que considerava prazerosas (e.g. tuna). A intenção de desistir prende-se com a dificuldade que sentia em dar resposta às exigências académicas (referia novamente lapsos de memória, dificuldade em organizar-se, dificuldade em manter a atenção e alterações no sono, embora referisse não sentir ansiedade), pelo que considerava necessário concentrar-se mais sobre as mesmas. Acentuaram-se também as dificuldades nas interações sociais, e a utente refere exemplos desde intervenções desadequadas nas aulas, a uma postura agressiva para com os colegas. A utente apercebe-se o que ocorreu logo de seguida, mas considera não ter capacidade de controlar no momento o que diz ou de o expressar de outra forma. Estas dificuldades referidas pela AMG foram perceptíveis ao longo das sessões, pelo seu discurso. A utente tentava contar várias situações que decorriam na sua vida e que a perturbavam, mas tinha dificuldade em organizar o seu discurso, iniciando num tópico e misturando vários assuntos numa conversa que deixava de ser perceptível.

A AMG parece ser muito influenciável perante as opiniões dos colegas. Num curto período de tempo decidiu tornar-se vegan e passada uma semana, modificou a sua decisão adotando um regime alimentar em que a única carne que ingeria seria peixe. Ponderou eliminar a sua conta no Facebook, pois referia: “o Facebook está a manipular a minha identidade” (sic). Esta ideia surgiu numa conversa com uma rapariga da faculdade que teria feito o mesmo, pelos mesmos motivos. A AMG parece ter dificuldade em analisar as situações com sentido crítico e demonstra tomar decisões com base nos exemplos dos colegas. A utente revela pouca moderação na tomada de algumas decisões, sendo que não se envolve nas mudanças com que se compromete de forma progressiva.

4.1.3. Elementos Crítico e Hipóteses Explicativas

Com base na história pessoal e clínica da AMG, bem como nos dados recolhidos na avaliação inicial, foram selecionados alguns elementos que podem estar na base dos sintomas experienciados pela utente. Um desses elementos inclui a relação familiar em que por um lado se verifica uma relação algo conflituosa com a mãe e, por outro, uma

relação de grande proximidade com o pai, embora com traços desajustados. Há que ter em conta também os antecedentes de doença mental na família da AMG, a sua tendência para entrar em conflito com colegas e isolar-se, os sintomas internalizados e a ruminação, alguns aspetos relacionados com a construção da personalidade e do autoconceito, os fenómenos de despersonalização e desrealização, a desorganização do pensamento e as ideias paranoides, as alterações no sono e alguns traços desajustados da personalidade.

Parece haver um ambiente de superproteção sobre a AMG no ambiente familiar, que pode contribuir para desenvolver uma perceção exagerada do perigo. A perceção de ter pouco controlo sobre o mundo leva ao evitamento de situações de exploração e a uma inibição comportamental, o que explica o aumento do medo e ansiedade (Rapee, 1997 cit. in Vreeke et al., 2013). Os sintomas somáticos da AMG e a dificuldade em desenvolver estratégias de *coping*, podem resultar do ambiente de superproteção, consequência mais frequente no género feminino (Janssens, Oldehinkel, e Rosmalen, 2009).

A superproteção parental aumenta a sensibilidade interpessoal (Otani et al., 2012; Otani, Suzuki, Matsumoto e Kamata, 2009), o que explica os conflitos entre a AMG e os colegas. Além disso, Otani et al. (2012) referem que os esquemas de autorrepresentação baseados na aceitação interpessoal (sociotropia), que correspondem ao funcionamento da AMG, comportam um risco acrescido de desenvolver depressão devido à colocação em causa da aceitação social, que leva a pessoa a evitar o perigo de não ser socialmente aceite.

Os sintomas internalizados e ruminação provocam comportamentos desajustados, conflitos com os pares, maior sensibilidade a experiências de rejeição e stresse no contexto social. Para além disso, os sintomas referidos levam também à expressão de sintomas de ansiedade e depressão e interferem com os mecanismos de *coping* e com a capacidade de resolução de problemas (Shapero, Hamilton, Liu, Abramson e Alloy, 2013), o que é consistente com o perfil da AMG. Os mesmos autores referem ainda que adolescentes que são vítimas dos pares têm maior propensão para desenvolver sintomas depressivos.

A autoimagem depende da perceção do indivíduo sobre si e dos contextos sociais onde se insere (Scharfetter, 2005). De acordo com Ybrandt (2009) os eventos de vida stressantes e a pressão psicossocial em raparigas contribuem para maiores flutuações na autoimagem. Este é um elemento a ter em conta no quadro clínico da AMG, pois um autoconceito negativo está associado a sentimentos de culpa, incerteza, falta de valor, comportamentos de desistência, ansiedade, depressão e queixas psicossomáticas (Ybrandt, 2009), o que explica o perfil da utente. É importante considerar que os processos de autorregulação, autoestima e individuação são influenciados pelas respostas dos pais de acordo com a

fase de desenvolvimento em que os filhos se encontram, portanto, as relações familiares têm impacto na formação da personalidade da pessoa (Cordeiro, 2005). A valorização e absorção da opinião e dos ideais de alguns colegas e o pouco questionamento reflete um autoconceito frágil e pouco estável, que pode resultar do ambiente familiar em que a utente se foi desenvolvendo. A herança genética em interação com o envolvimento pode produzir alterações cerebrais estruturais e funcionais na cognição e regulação emocional que resultam no desenvolvimento de psicopatologia grave (Kim e Lee, 2016). Schenkel et al. (2005 cit. in Kim e Lee, 2016) referem que podem surgir alterações na função cognitiva, memória e funções executivas, por exemplo, como se verifica no caso da AMG.

A experiência de despersonalização refere-se a um fenómeno de alienação, de afastamento de si próprio, em que a pessoa tem a sensação de perda de consciência e da intencionalidade das próprias ações (caraterística de perturbações como a esquizofrenia), a sensação de vitalidade reduzida (caraterística de perturbações depressivas), ou um sentimento de irrealidade associado a fenómenos de desrealização. A desrealização consiste num afastamento da realidade, da relação com os outros e na observação de objetos com caraterísticas para além da realidade (Scharfetter, 2005). Este tipo de fenómenos pode ocorrer associado a várias perturbações e Sierra (2009) refere que podem surgir devido a um “abandono” sobre o controlo do próprio corpo em situações perante as quais a pessoa considera não ter capacidade de resposta. Este fenómeno acaba por constituir um mecanismo de defesa perante conflitos intrapsíquicos.

A desorganização do pensamento e dificuldade em organizar ideias é caraterística de perturbações maníacas. Contudo, as dificuldades na atenção sustentada são caraterísticas da distímia, ansiedade, dor ou alterações do humor (Scharfetter, 2005).

O sono é essencial para o bem-estar geral do ser humano. Durante o sono REM é armazenada e organizada a informação adquirida durante o dia e é esta fase do sono que contribui para o pensamento associativo (associação de várias memórias) e para a criatividade. Assim sendo, as alterações no sono para além de uma forte influência na aprendizagem (reduzem a flexibilidade cognitiva e criatividade), tem implicações no humor e no processamento da memória emocional, afetando o conteúdo e o tónus emocional (Landmann et al., 2015). Tezler, Fuligni, Lieberman e Galván (2013) suportam esta informação e complementam que a má qualidade do sono aumenta a tendência dos adolescentes para comportamentos de risco e impulsividade. Para além disto, o trabalho destes autores indica que os adolescentes com alterações no sono podem ter afetadas as capacidades de tomada de decisão, podem ser mais apáticos e menos confiantes.

A médica assistente da AMG identificou alguns traços desajustados da personalidade na utente. Na fase em que começou a frequentar o espaço@com a utente expressava exageradamente as suas emoções, transmitindo a impressão de falta de autenticidade e uma necessidade de estar no centro das atenções, o que permitiu identificar alguns traços histriónicos. De acordo com Debray e Nollet (2004) os traços histriónicos da personalidade surgem quando os pais reforçam os filhos em função das suas qualidades estéticas, sendo que as crianças utilizam estas qualidades mais tarde como estratégias de manipulação.

4.1.4. Perfil Intra-individual e Objetivos Terapêuticos

Com base nas informações apresentadas acima, foi definido o perfil intra-individual da AMG, a partir do qual foram definidos os objetivos terapêuticos que se pretendia atingir. O perfil intra-individual da AMG pode ser consultado na Tabela 21.

Tabela 21. Perfil intra-individual da AMG

	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Domínio Cognitivo	Capacidade de identificar as próprias dificuldades e o seu impacto na rotina diária.	Funções executivas (planeamento de tarefas); Memória e atenção sustentada; Organização do pensamento (perceptível pelo discurso).
Domínio Psicomotor	Lateralização.	Noção do corpo/consciencialização corporal; Regulação tonicoemocional; Equilibração; Praxia global.
Domínio Relacional/ Afetivo	Interesse em criar novas relações sociais; Motivação para iniciar novos projetos.	Baixa persistência/resistência à frustração; Comportamentos sociais desajustados; Dificuldades na afirmação da identidade/ locus de controlo externo; Verbalização excessiva.

Tendo em conta as dificuldades da AMG foram elaborados os objetivos terapêuticos que se pretendia atingir. Estes são apresentados na Tabela 22.

Tabela 22. Objetivos gerais e específicos definidos para a AMG

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Cognitivo	
Promover as funções executivas.	Melhorar a capacidade de manter a atenção ao longo da tarefa. Melhorar a memória a curto e longo prazo. Melhorar a capacidade de planeamento de tarefas.
Promover a mentalização.	Promover a exploração de diferentes perspetivas de resolução de problemas. Promover o locus de controlo interno. Melhorar a identificação de diferentes estados corporais associados a diferentes estados emocionais.
Domínio Psicomotor	
Promover a consciencialização corporal.	Melhorar a capacidade de diferenciação de diferentes partes do corpo em função da modulação tónica. Melhorar a consciencialização do próprio ritmo respiratório.
Promover a regulação tonicoemocional.	Melhorar o controlo sobre os níveis de tensão do próprio corpo. Promover o controlo da respiração enquanto estratégia para reduzir os níveis de ansiedade.
Domínio Relacional/Afetivo	
Promover a autoconfiança e autonomia.	Melhorar a capacidade de qualificar experiências prazerosas e desprazerosas. Melhorar a capacidade de expressar agrado e desagrado de forma adequada. Melhorar a resistência à frustração. Promover a criação de uma imagem positiva de si própria.
Promover a agentividade.	Promover a capacidade de agir intencional e conscientemente sobre o outro. Promover a exploração de diferentes formas de expressão. Promover a capacidade de se colocar no lugar do outro.

4.1.5. Projeto Terapêutico

O processo de intervenção da AMG foi pensado de acordo com a sua história pessoal e clínica e com base na avaliação e nas observações iniciais que permitiram a elaboração do seu perfil intra-individual e objetivos terapêuticos. Apesar de colaborar, quer na avaliação inicial, quer nas atividades propostas nas sessões, a AMG referiu desde início

não estar motivada para este acompanhamento terapêutico, uma vez que considerava já estar bem. Assim devido à fraca motivação da utente para as sessões, houve um maior foco na criação de uma relação de confiança entre a utente e a terapeuta, fomentando a identificação do espaço terapêutico como um espaço seguro e protegido onde é possível explorar as próprias emoções e a relação com o próprio corpo.

As primeiras sessões foram focadas na autorreferenciação, promovendo a consciencialização corporal e a regulação tonicoemocional. Os elementos privilegiados neste primeiro momento deveram-se ao facto de a AMG focar-se em elementos externos, pelo que se pretendia colocar a própria utente no centro da sua atenção e permitir que se conhecesse melhor. Pretendia-se proporcionar a exploração de várias sensações e identificação das mesmas como agradáveis ou desagradáveis, no sentido de abrir espaço para pensar o próprio corpo e o impacto das experiências externas sobre o seu estado tónico e ritmo respiratório. Este passo será importante para que no passo seguinte esta consciência seja utilizada como estratégia facilitadora do controlo respiratório e da regulação tonicoemocional. As atividades realizadas incentivaram a exploração pelo movimento, a mobilização de várias partes do corpo e a exploração de diferentes sensações, identificando as mesmas como agradáveis ou desagradáveis. Foram utilizadas ainda técnicas de respiração, técnicas expressivas e no âmbito da relaxação foram realizadas atividades na linha da relaxação criativa.

O segundo aspeto focado neste processo seria a abertura ao mundo externo que requer uma maior autoconfiança e autonomia, a promoção do locus de controlo interno e a criação de uma imagem positiva de si própria que permita a identificação do próprio corpo como objeto de relação que permite estabelecer uma relação segura com o outro. O foco na promoção da autonomia e autoconfiança pretende melhorar a imagem corporal da AMG que parece ser elaborada em função da aprovação externa. Considerando o impacto da imagem corporal sobre o valor emocional atribuído ao próprio corpo (Martins, 2001a), neste caso em concreto, perante a ausência de aprovação externa (e.g. na situação em que entrou em conflito com todos os colegas) seriam de esperar sentimentos de culpa, incerteza, falta de valor, ansiedade, depressão e queixas psicossomáticas (Cordeiro, 2005; Otani et al., 2009; Otani et al., 2012), consistentes com o perfil da AMG. O corpo é o ponto de referência da pessoa perante o meio envolvente (Fonseca, 2010a), pelo que a consciencialização corporal e a regulação deste corpo são essenciais não só para possibilitar não só a identificação do outro, mas também para permitir a relação. Pretendia-se introduzir atividades baseadas na reciprocidade, embora a terapeuta participasse nas atividades juntamente com a utente desde o início da intervenção. Nesta fase, contudo, a

AMG confrontou-se de forma mais marcada com a alternância entre o controlar e deixar-se levar pelo outro. Como seria expectável tendo em conta o seu perfil, a AMG teve preferência por atividades em que estivesse a terapeuta no controlo (e.g. realização de movimentos em espelho; mobilização das partes do corpo do outro), embora nas primeiras sessões (antes do regresso acentuado dos sintomas) houvesse maior autoconfiança por parte da AMG. No âmbito da relaxação foram introduzidos alguns princípios da relaxação ativa e foram utilizadas também técnicas expressivas.

Ao longo do processo, dadas as modificações no perfil da AMG foi necessário adequar o projeto terapêutico. Inicialmente pretendia-se dar prioridade à promoção da consciencialização corporal, regulação tonicoemocional e da autonomia e autoconfiança, uma vez que o ambiente de superproteção que parece existir no ambiente familiar da AMG contribui para os sintomas somáticos e para a dificuldade em desenvolver estratégias de *coping* (Janssens et al., 2009). Isto porque o conhecimento do próprio corpo e a identificação do mesmo como um espaço onde se manifesta a realidade interna da pessoa (Fonseca, 2010b) facilita o controlo sobre este corpo e a regulação tonicoemocional.

Contudo, perante a modificação do perfil sintomático, o plano terapêutico foi repensado e ajustado às necessidades e queixas atuais da utente. Esta alteração evidenciou dificuldades em parâmetros cognitivos com particular destaque para a memória e atenção. Apesar de se ter dado atenção a estes aspetos desde o início da intervenção devido às dificuldades referidas pela utente e pela médica assistente em fases anteriores, o domínio cognitivo não foi uma área prioritária, tendo em conta o perfil observado na fase inicial de intervenção. Contudo, esta alteração levou a uma maior reflexão sobre esta componente e à introdução de objetivos relevantes neste âmbito no projeto terapêutico da utente. Ainda assim, as dificuldades cognitivas da AMG parecem resultar de um estado de grande desorganização emocional que afeta consequentemente a sua capacidade de atenção, de memória e de planeamento de tarefas. Esta desorganização afeta consequentemente o seu bem-estar global, a relação com os colegas e a sua capacidade de organização diária. Por este motivo, apesar de serem introduzidas algumas atividades com foco na melhoria da atenção e da memória, manteve-se em grande parte o foco na consciencialização corporal e na regulação tonicoemocional, para além de que nesta fase se procurou promover a mentalização e a agentividade. Para atingir estes objetivos foram utilizadas maioritariamente metodologias ligadas às técnicas de relaxação, embora tenha sido necessário tornar as atividades mais concretas. Para isso foram introduzidas atividades na linha da relaxação progressiva de Jacobson e mais tarde foram novamente realizadas

atividades ligadas à relaxação ativa. Ao longo de todo o processo foram utilizadas técnicas expressivas que permitiram a exteriorização do que era sentido.

Refira-se que no contexto do espaço@com, a intervenção direcionada para a organização nas atividades de vida diária é realizada pela terapeuta ocupacional. Por este motivo, tendo em conta as dificuldades de organização da AMG relativamente ao estudo e ao conciliar atividades de lazer com a vida académica, e de forma a respeitar o modelo de intervenção do local de estágio, optou-se por informar a terapeuta ocupacional (que não acompanhava a utente nesta fase) desta alteração e propor à utente um acompanhamento a este nível. A utente começou por resistir referindo que mais uma hora de terapia poderia dificultar a sua organização, embora tenha concordado que necessitava de apoio no planeamento e na sua organização diária, pelo que aceitou frequentar algumas sessões.

Este acompanhamento foi importante, pois possibilitou um maior foco da intervenção em psicomotricidade sobre os parâmetros psicomotores e relacionais, introduzindo também algumas atividades que permitiram também melhorar as componentes cognitivas.

4.1.6.Avaliação Final

A avaliação final da AMG não inclui o SCL-90-R aplicado inicialmente, uma vez que os resultados obtidos na avaliação inicial despertam alguma dúvida e colocam em causa a própria capacidade crítica da utente. Para além disto, a ser aplicado, os resultados deste instrumento seriam possivelmente semelhantes ao perfil inicial, tendo em conta as modificações do perfil da AMG observadas ao longo deste processo de intervenção. Assim, optou-se por basear a avaliação final da AMG nos restantes instrumentos que permitiram monitorizar a evolução da utente de forma mais concreta. No que diz respeito à BPM foram observadas melhorias na execução das tarefas, de uma forma geral.



Gráfico 3. Resultados comparativos da BPM da AMG

No fator da tonicidade há-que salientar as melhorias observadas na capacidade de abandono voluntário do controlo muscular. Nas tarefas da passividade e paratonias foram realizados movimentos mais harmoniosos embora ainda controlados pela AMG, de forma menos evidente do que inicialmente. Em relação às diadococinésias, foi perceptível alguma rigidez no movimento, mas não foram realizados movimentos em espelho. No que se refere à equilibração observou-se uma maior facilidade em manter as posições de forma mais estável e com menos reequilibrações, possivelmente devido às melhorias na regulação tonicoemocional. A AMG foi capaz de permanecer em de olhos fechados em todas as posições pedidas, o que não acontecia inicialmente, embora nestes casos as oscilações tenham sido mais evidentes do que nas posições em que esteve de olhos abertos.

No que se refere à noção do corpo a evolução mais evidente foi a ponderação com que a AMG realizou as tarefas de uma forma geral, que inicialmente seriam realizadas de forma mais impulsiva. Apesar de ter hesitado em algumas tarefas, a execução foi pensada, o que revela uma menor impulsividade e resulta numa melhor prestação. O desenho do corpo manteve-se semelhante ao inicial, com os pormenores da roupa utilizada no próprio dia (olhava para o próprio corpo à medida que fazia o desenho para incorporar o máximo de pormenor possível). No fator da estruturação espaciotemporal foram observadas melhorias na tarefa de organização, no que diz respeito à adequação do número e amplitude dos passos e na tarefa da estruturação dinâmica, em que a utente apesar de hesitar em alguns momentos, não trocou em nenhuma situação a orientação da cabeça dos fósforos.

A realização das tarefas da praxia global e fina foi mais controlada, sendo em ambos os fatores a realização inicial condicionada pela impulsividade e falta de atenção. Os resultados destes fatores apontam para melhorias sobretudo nos parâmetros cognitivos.

O esquema de tensões final da AMG revelou um menor nível de tensão que pode ser explicado por vários fatores. Para além de considerar os efeitos do período de intervenção, há que ter em conta que na fase em que preencheu o Esquema de Tensões a AMG já teria terminado o período de exames, e já estaria mais à vontade no contexto terapêutico e com a terapeuta. O preenchimento do Esquema de Tensões quase todo verde, contudo, coloca em questão a capacidade de diferenciação dos estados tónicos experienciados. A utente reconhece alguma tensão na cabeça sobre os olhos e na região das omoplatas.

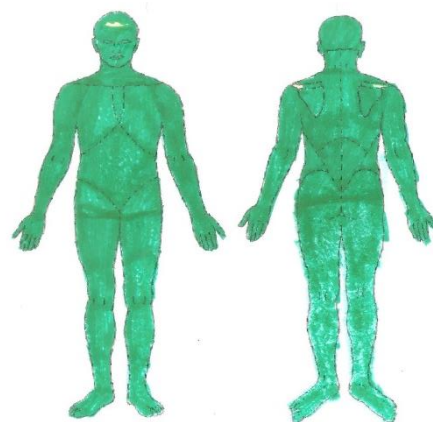


Figura 3. Esquema de Tensões final da AMG

A última aplicação da GOC permitiu identificar melhorias e os resultados obtidos apontam para o cumprimento de vários objetivos definidos no projeto terapêutico da AMG. No domínio cognitivo a AMG obteve melhorias comparativamente com a segunda aplicação, i.e., terminou o período de intervenção com um perfil semelhante ao que apresentava na primeira aplicação da GOC. Foram identificadas melhorias ao nível da atenção na tarefa, da memória a curto e longo prazo e do planeamento de tarefas, sendo as duas últimas comprovadas também por itens da BPM. É de referir ainda que a própria utente identificou melhorias na memória a longo prazo à medida que estudava para as avaliações de final de semestre, sendo que de facto obteve bons resultados a este nível.

Relativamente à resolução de problemas, não foi possível identificar inicialmente até que ponto a AMG utilizava as mesmas estratégias de resolução de problemas que os colegas, uma vez que as sessões eram individuais. Contudo, ao longo do tempo, a utente referiu situações relativas às aulas e a momentos de lazer, em que seguia estratégias e ideias dos colegas. Referia ainda que por vezes tentava dar a sua opinião e sugestões, mas não era ouvida e desistia. Apesar de ao longo do período de intervenção ter sido observável alguma dependência e falta de iniciativa, nesta fase final a AMG teria mais facilidade em propor de variantes nas atividades, mais iniciativa e menos dependência da terapeuta. A própria utente referia ter mais facilidade em realizar grande parte das tarefas, devido à maior facilidade em focar a atenção nas mesmas. Por vezes verbaliza o planeamento da tarefa, mas mesmo quando não o faz, este é perceptível na execução e no resultado final.

A postura da AMG modificou-se comparativamente com a segunda aplicação, sendo que se apresentava mais motivada e empenhada, realizando as atividades até ao final sem intenção de desistir. As questões colocadas ao longo da sessão são pertinentes e relacionadas com o que está a ser feito, sendo que os assuntos externos à sessão já não são abordados durante as atividades e sem uma sequencia lógica, mas apenas quando é dado espaço para isso. O aumento da motivação da AMG é visível pela sua tomada de iniciativa, pela sua persistência e pela maior resistência à frustração. A organização do discurso da AMG melhorou de forma significativa desde a segunda aplicação da GOC. O discurso é, nesta fase, mais fluido e claro possibilitando a existência de uma conversa perceptível. Relativamente à comunicação não verbal, a AMG nesta fase final estava mais recetiva, dirigia o olhar espontaneamente, tal como no início do período de intervenção.

Os aspetos comportamentais observados informalmente modificaram-se, regressando aos padrões observados na avaliação inicial: voltou a investir na imagem (e.g. maquilhagem); aumenta o tom de voz e retoma a utilização das expressões em inglês; abandonou a ideia

de desistir da tuna; aumenta a motivação para integrar mais atividades (e.g. voluntariado, tirar a carta). Estas as atividades de voluntariado em que se envolveu contaram também com a participação de colegas, o que aponta para uma melhoria nas relações com as colegas de faculdade, apesar das preocupações da utente em relação a este aspeto.

De uma forma geral os objetivos definidos foram atingidos. No domínio cognitivo, a atenção ao longo da tarefa, a memória a curto e longo prazo e o planeamento de tarefas foram melhorados como se pode comprovar pela aplicação da GOC e da BPM. A atenção foi analisada com base em itens da GOC e BPM e com base no desempenho da AMG em várias atividades e no seu feedback relativamente ao quotidiano, sendo que esta considerava nesta fase focar mais facilmente a atenção nas tarefas. A memória a curto e longo prazo foi analisada também com base no feedback da utente, que foi positivo e que se refletiu em bons resultados académicos. Foi possível analisar a memória a curto prazo nas tarefas da imitação de gestos, representação topográfica, estruturação rítmica e estruturação dinâmica, da BPM, embora apenas na última tenha sido registada uma melhoria quantitativa e nas restantes tenham sido observadas melhorias qualitativas.

A melhoria no planeamento de tarefas é comprovada pela GOC e pelos itens da coordenação oculopodal, organização, coordenação oculomanual e tamborilar da BPM, sendo nos últimos três itens registadas melhorias quantitativas e no primeiro, qualitativas. A exploração de perspetivas de resolução de problemas foi analisada com base na GOC e foram identificadas melhorias desde a segunda aplicação do instrumento. Informalmente foi perceptível que a AMG percebeu a sua preferência por ser controlada por elementos externos e referiu-o durante uma sessão. Mais tarde, toma mais iniciativa e envolve-se em novos projetos que levam a utente a assumir responsabilidades no seu percurso de vida. Esta responsabilização aponta para o aumento do locus de controlo interno, uma vez que a AMG participa em atividades extracurriculares no sentido de enriquecer o seu currículo e ganhar experiência, assumindo a responsabilidade sobre o seu percurso profissional.

No que concerne ao domínio psicomotor foram identificadas, com base na descrição da utente, melhorias na consciencialização do ritmo respiratório e na sua utilização como estratégia para reduzir os níveis de ansiedade que a AMG refere integrar no seu quotidiano devido aos efeitos positivos que obteve. A diferenciação das partes do corpo em função da modulação tónica é perceptível com base na realização de várias atividades em que a utente representa as partes do corpo de forma simbólica (e.g. utilizando cores, objetos) em elementos de avaliação como o Esquema de Tensões, ou em atividades realizadas nas sessões. A AMG identifica e refere sentir modificações no seu bem-estar corporal em

momentos de maior ansiedade ou instabilidade emocional, estabelecendo uma relação entre ambos como se pretendia inicialmente. Finalmente, o melhor controlo sobre os níveis de tensão do próprio corpo é perceptível pelo desempenho em algumas atividades, pela descrição da utente e pelos itens da passividade, paratonias e diadococinésias da BPM.

Por fim, no que respeita ao domínio afetivo/relacional foram comprovadas melhorias na resistência à frustração pela GOC e pela postura da utente perante as próprias atividades e situações desafiantes do dia-a-dia. A identificação de experiências de prazer e desprazer e a expressão de agrado ou desagrado perante as mesmas foram aspetos melhorados, embora tenham sido registados informalmente. Estas melhorias foram perceptíveis pela descrição da AMG relativamente a situações do seu quotidiano e em relação a situações que ocorreram durante as sessões no sentido de promover estas capacidades. A capacidade de expressar de forma equilibrada o contentamento ou descontentamento em determinadas situações contribuiu para a melhoria da capacidade de agir intencional e conscientemente sobre o outro, recorrendo a várias formas de expressão. Neste sentido a AMG foi melhorando a sua autoimagem e a capacidade de se colocar no lugar do outro, adquirindo uma melhor capacidade de gestão das suas relações interpessoais.

4.2. Estudo de Caso II: MSC

Tabela 23. Dados de identificação da MSC

Dados de identificação	
Género	Feminino
Data de nascimento	23-07-1972 (43 anos).
Diagnóstico	Perturbação de pânico com agorafobia, perturbação bipolar IV, traços histriónicos da personalidade.
Primeira avaliação no espaço@com	14-04-2015
Habilitações académicas / situação profissional	Frequentou o 12º ano de escolaridade. Assistente de balcão numa pastelaria.

4.2.1. História Pessoal e Clínica

A MSC vive com o seu parceiro, com a filha (12 anos) e com a mãe. A utente tinha uma relação próxima com o pai que faleceu há 7 anos, situação que a MSC ainda não ultrapassou. A morte do pai deveu-se a uma doença que surgiu repentinamente e após o diagnóstico da mesma o pai da utente teve pouco tempo de vida. Devido aos problemas de saúde da mãe, a utente foi viver com a mesma após a morte do pai e a partir desta

altura a relação entre as duas piorou progressivamente. Na fase inicial da intervenção, a MSC teria uma relação muito complicada com a mãe e as duas discutiam com muita frequência, o que contribuía em grande parte para a expressão dos sintomas. De acordo com as descrições da MSC, a sua mãe interfere frequentemente na relação entre o casal, adotando uma atitude de provocação, sendo que a utente tem dificuldade em impor limites a esta interferência por parte da mãe. No fundo, a MSC transmite um sentimento de desilusão para com a mãe e idealiza o pai como figura de referência. A utente refere ainda que só conheceu a verdadeira personalidade da sua mãe após a morte do pai.

A MSC tem uma filha fruto da relação com o ex-companheiro, com quem voltou a viver. A separação inicial do parceiro deveu-se a uma traição por parte do mesmo com uma das melhores amigas da utente. Antes desta situação, contudo, o parceiro terá acompanhado a utente a uma consulta, onde o médico assistente referiu observar um *burnout* do marido e ausência de intimidade entre o casal. Após a traição, este indivíduo voltou a envolver-se com a MSC e traiu a ex-amiga da utente. A companheira anterior acabou por suicidar-se após ser abandonada. Apesar de se manter esta relação com o ex-parceiro, esta é uma fonte de instabilidade na vida da utente, que gera discussões frequentes.

Em 2008 a MSC passou um ano de baixa devido à expressão da perturbação bipolar com sintomas depressivos e de ansiedade com temperamento hipertímico. Apesar de lhe ter sido prescrita medicação que teve efeitos positivos, a utente não seguiu as indicações do médico em relação a este tratamento, pelo que experienciou uma recaída. Por este motivo, o período de baixa foi prolongado por mais três anos, sendo que após esta situação a utente comprometeu-se a assumir uma postura mais responsável a este nível, seguindo as indicações do médico, com o objetivo de retomar a sua vida normal o mais rapidamente possível. A utente referiu que um dos motivos pelos quais desejava interromper a medicação era o facto de ter engordado muito, pois sempre teve um corpo atlético por praticar ginástica. A medicação provocou um aumento de peso significativo, que para além de provocar descontentamento por parte da utente em relação à sua imagem corporal, desencadeou também comentários desagradáveis por parte dos colegas de trabalho.

No ano 2014 a MSC experienciou alguns problemas no contexto laboral, nomeadamente com o chefe da pastelaria onde trabalhava e com alguns colegas e refere ter passado por várias situações onde se sentia humilhada e incompreendida. Na mesma altura surge a suspeita de que a filha poderia ter diabetes (o que se veio a confirmar), situação em que a MSC refere ter sentido pouco apoio por parte da sua mãe, o que produziu um sentimento de revolta. A postura da utente perante estas situações é agressiva e defensiva e nesta

altura começam a evidenciar-se sintomas conversivos (hipoestésias no braço esquerdo, tonturas, visão estreita), ansiedade, irritabilidade, aumento da sensibilidade, insónia e a utente refere ainda episódios de agorafobia em supermercados. Todas estas situações levam a que a MSC inicie novamente um período de baixa médica.

A MSC foi referenciada para o espaço@com devido a um quadro misto e incapacitante de depressão e ansiedade. Iniciou o acompanhamento não só com a psicomotricista, em sessões individuais, mas também com a terapeuta ocupacional. Visto que iniciou este acompanhamento em abril de 2015, e tendo em conta o seu perfil, foi proposto à utente que integrasse o grupo PIPPA que teria início em outubro, o que a utente aceitou. Nesta fase, continuava de baixa médica e mantinham-se os conflitos com a mãe e com o ex-companheiro, que contribuíam para a ansiedade e instabilidade da utente.

4.2.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial da MSC inclui os elementos definidos no protocolo de avaliação do grupo PIPPA: o Esquema de Tensões e o STAI. Contudo, e embora não faça parte do protocolo de avaliação do grupo PIPPA, foi também aplicado o SCL-90-R pouco antes do início do grupo. Portanto, os resultados deste elemento serão também considerados nesta avaliação e na elaboração dos objetivos e do projeto terapêutico definidos para a MSC.

O STAI foi preenchido no início do período de intervenção em ambas as formas (Y-1 e Y-2). A forma Y-2 foi utilizada na primeira e última sessões de forma a analisar a evolução da utente no período de intervenção. Já a forma Y-1 foi utilizada ao longo do período de intervenção no sentido de apurar o efeito de cada técnica ou atividade realizadas sobre o estado de cada uma das participantes. O confronto com estados mais ou menos relaxados foi um importante elemento de reflexão ao longo do processo terapêutico, que será descrito mais adiante. A forma Y-1 preenchida pela MSC inicialmente reflete um estado de grande agitação, inquietude e ansiedade. A utente refere ter pensamentos que a perturbam frequentemente, e ter dificuldade em eliminar estes pensamentos. É perceptível pelo preenchimento deste instrumento que a utente tem um baixo sentimento de autoeficácia, pois considera não ter capacidade de resposta para os problemas que se colocam na sua vida. A utente tem uma autoestima negativa, focada em ideias de falha, não se sente satisfeita consigo própria e considera-se uma pessoa instável. Os resultados iniciais e finais do STAI podem ser consultados na Tabela 27 onde são apresentados os resultados comparativos. Nesta tabela, os resultados da primeira aplicação são indicados com “A.I.”.

Na sessão em que foi preenchido o Esquema de Tensões, a MSC não esteve presente e pretendia-se pedir que a utente o preenchesse numa das sessões seguintes, o que não foi

possível uma vez que a utente faltou algumas vezes nesta fase. Por este motivo, este elemento foi preenchido apenas na avaliação final. O SCL-90-R da MSC, preenchido pouco antes de ter início o grupo, indica que as dimensões de maior sofrimento da utente seriam a ansiedade, somatização, ansiedade fóbica e ideação paranoide (devido aos sentimentos de desconfiança e à percepção de ser desvalorizada). O índice adicional está também acima da média devido às questões do apetite, do sono, ao facto de pensar na morte.

No início da intervenção os sintomas mais evidentes e que provocavam maiores limitações à utente seriam a dificuldade em controlar a respiração, as hipoestésias no braço esquerdo, as tonturas, a sudorese, a dificuldade em encontrar estratégias para lidar com o stresse (situações de bloqueio) e a reação explosiva em situações de conflito, o que é consistente com as queixas apresentadas em qualquer um dos instrumentos aplicados.

4.2.3. Elementos Critério e Hipóteses Explicativas

Antes de apresentar os objetivos terapêuticos e o projeto terapêutico da MSC são analisados dados que podem facilitar a compreensão do seu perfil. Foram selecionados como elementos critério: o luto prolongado e idealização do pai, a culpabilização e atitude de revolta para com a mãe, a traição e retomar da relação conflituosa com o parceiro, o facto de ser alvo de gracejos no trabalho e em casa devido ao peso, a baixa autoestima e insatisfação com a sua imagem e a postura agressiva e defensiva com que se relaciona.

Shear (2015) refere que a experiência de perder um ente querido envolve sintomas fisiológicos e psicológicos que evoluem ao longo do tempo. Espera-se que ao longo do tempo a situação de perda seja assimilada e compreendida, que os planos futuros sejam reestruturados e a intensidade do luto diminua. A intensificação dos sentimentos é natural em situações específicas como o aniversário da morte, ou celebrações em grupos de que a pessoa fazia parte (Bowlby, 1988). Contudo, no caso da MSC quaisquer referências à figura paterna são suficientes para desencadear sentimentos de grande tristeza e vazio acompanhados de choro e desânimo, 6 anos após a sua morte.

Vários fatores influenciam a reação da pessoa a situações de perda e podem contribuir para desenvolver sintomas psiquiátricos. Alguns fatores são: as experiências precoces (sobretudo situações de perda dos pais), a relação com o falecido, as circunstâncias da morte (e.g. morte inesperada), a situação socioeconómica, as características da personalidade da pessoa que sofre a perda, o suporte social, os conflitos com familiares/amigos, a exposição a outras situações de stresse e alguns aspetos culturais (Keyes, Pratt, Galea, McLaughlin, Koenen e Shear, 2014; Parkes e Prigerson, 2010; Shear, 2015). No caso da MSC, a descoberta súbita da doença do pai e os conflitos com a mãe e

com o ex-companheiro podem ter agravado a reação à perda. A história de perturbações de ansiedade ou do humor, o abuso de álcool ou drogas e a experiência de várias situações de perda são fatores de risco para o luto patológico (Shear, 2015), o que pode explicar a reação da MSC à perda do pai. O oposto também acontece, i.e., a perda de um ente querido aumenta o risco de desenvolver perturbações do humor, de ansiedade ou de abuso de substâncias, sobretudo quando a morte é inesperada (Keyes et al., 2014; Parkes, 2009). Uma consequência do luto prolongado é interferência com a adesão à terapêutica (Shear, 2015), o que ocorreu no caso da MSC que abandonou a medicação sem indicação médica.

A perda de um pai pode ter consequências para a saúde física e aumentar os níveis de stresse, bem como os conflitos na relação com o parceiro, devido à dificuldade em partilhar sentimentos e comunicar com o parceiro sobre a perda (Parkes, 2009), o que no caso da MSC também se pode ter agravado devido à situação de traição por parte do ex-parceiro que fragilizou a confiança entre o casal. O luto patológico, quando se trata da perda de um pai, pode também ser explicado pela existência de um padrão de vinculação desadequado com esta figura (Parkes e Prigerson, 2010). Bowlby (1988) referia que a maturidade na idade adulta é atingida a partir da internalização de interações positivas com as figuras de vinculação, pelo que quando estas experiências não são adequadas podem comprometer as capacidades de autorregulação e de persistência na luta pelos próprios objetivos. Esta dificuldade verifica-se no caso da MSC e aponta para a existência de padrões de vinculação inseguros na infância. De acordo com Mikulincer e Shaver (2016) as experiências de vinculação insegura resultam no exagero ou na eliminação de estratégias de vinculação na vida adulta, i.e., na procura excessiva de conforto e proximidade com a figura de vinculação (e.g. a idealização e tempo prolongado de luto pelo pai), ou no afastamento da figura de vinculação (e.g. relação da MSC com a mãe).

A idealização e a culpabilização dos pais podem esconder sentimentos defensivos, que bloqueiam o acesso a emoções profundas e mais dolorosas (Barth, 2010). Kohut (1977 cit. in Barth 2010) considera a idealização é necessária ao longo do desenvolvimento, quando se segue de sentimentos de desilusão e dor que devem ser assimilados e integrados e permitir a compreensão das imperfeições dos pais. Desta forma são possíveis a identificação dos indivíduos com características dos pais de forma saudável e a aceitação das próprias falhas (Schafer, 1994 cit. in Barth, 2010). No caso da MSC, a idealização do pai pode ser analisada na perspetiva de Bergmann (1980 cit. in Barth, 2010): uma defesa que evita o confronto com a separação, o que pode ter sido despoletado pela perda. Já a postura de revolta para com a mãe é concordante com a definição de Bollas (1989 cit. in Barth, 2010) que analisa a hostilidade como uma defesa que esconde vulnerabilidade e

carência. A idealização da figura paternal e a culpabilização da mãe por parte da MSC, apontam para a posição de instabilidade e vulnerabilidade em que a utente se encontra, que se traduz numa baixa autoestima e no recurso a uma postura agressiva e defensiva.

Numa situação de traição é natural que a vítima experiencie sentimentos de indignação e rancor, o que pode levar à procura de vingança. Nesta situação é essencial que o elemento que cometeu a traição assuma responsabilidade pelos próprios atos e ofereça apoio ao parceiro. O processo é lento e não deve ser focado na indignação e ideia de dívida para com a vítima, pois esta postura alimenta sentimentos negativos e impulsos de vingança. A permanência e expressão de sentimentos negativos pela vítima e assumir de uma postura de vitimização alimentam a ruminação dificultando que a situação seja ultrapassada. Além disso, esta postura contribui para comportamentos defensivos pelo agressor, o que gera hostilidade de ambas as partes. A menos que exista compromisso na resolução de uma situação de traição, a relação está em risco de entrar num ciclo de culpabilizações mútuas e falta de compreensão (Hannon, Rusbult, Finkel e Kamashiro, 2010). Na relação da MSC o ex-marido parece ser pouco apoiante, o que alimenta os sentimentos negativos da utente, sendo que o casal parece estar neste ciclo de culpabilizações.

A relação conflituosa da MSC com o marido e com a mãe pode dever-se a um padrão de vinculação inseguro, que de acordo com Mikulincer e Shaver (2016) influencia a interpretação dos comportamentos do outro e aumenta a tensão na relação. O perfil da utente é consistente com as características, apresentadas por estes autores, de um adulto com um padrão de vinculação ambivalente. As características incluem o desejo de afeto e proximidade em simultâneo com o medo de rejeição e abandono, que se assemelha à relação que a utente estabelece com o marido e com a mãe. A proximidade com estes elementos mantém-se, embora num conflito constante que agrava os medos da utente. Os sujeitos com este tipo de padrão de vinculação demonstram também gratidão e perdão, embora estas emoções sejam tipicamente acompanhadas de sentimentos associados a uma autoimagem negativa, que a MSC também evidencia (Mikulincer e Shaver, 2016).

A autoestima e autoeficácia são elementos fortemente marcados pelos padrões de vinculação e experiências precoces. A perceção de ser desvalorizado e não receber afeto na infância contribui para uma autoimagem e para um sentimento de autoeficácia mais negativos, característicos de indivíduos com padrões de vinculação ambivalentes (Brown, 2014; Mikulincer e Shaver, 2016). O conceito de autoestima deve ser analisado nas suas componentes cognitiva, afetiva e comportamental. A autoestima é construída desde a infância com base na perceção que o indivíduo tem acerca das próprias características. Esta

percepção origina emoções que podem ser positivas ou negativas consoante as características percebidas, o que vai modular o comportamento do indivíduo (Brown, 2014).

O excesso de atenção ao peso está associado a emoções negativas e a um baixo controlo cognitivo por parte da pessoa que tem excesso de peso. A percepção de que é dada muita atenção a este fator contribui para a reatividade da pessoa observada em situações de stresse (Jackson, Kirschbaum e Steptoe, 2016; Major, Eliezer e Rieck, 2013). Jackson et al. (2016) salientam que os níveis de stresse em situações de discriminação são maiores, quanto maior for o excesso de peso. Note-se que percepção dos atos de discriminação tem maior impacto sobre o autoconceito do que os atos propriamente ditos, aumentando o sofrimento emocional (Jackson et al., 2016; Puhl e King, 2013; Schafer e Ferraro, 2011).

As situações de preconceito devido ao peso ocorrem frequentemente entre membros da família (Puhl e King, 2013), o que ocorre com a MSC, que refere ser alvo de comentários desagradáveis da mãe e do ex-marido. A percepção de ser alvo de discriminação aumenta a tensão nas relações interpessoais, sobretudo quando o alvo é uma mulher (Puhl e King, 2013), o que explica a relação conflituosa da MSC com a mãe e com o ex-companheiro.

Whitman et al. (2014) referem que a percepção por parte dos empregados, de supervisão abusiva (que inclui a existência de comportamentos verbais e não verbais hostis, excluindo o contacto físico) está associada a elevada exaustão emocional (Tepper, 2000 cit. in Whitman et al., 2014). Este estado leva ao evitamento de contacto e da obtenção de feedback, pois os empregados não acreditam ter capacidade para lidar com o elemento de stresse que é enfrentar o supervisor. Contudo, evitando a obtenção de feedback, não são recebidas informações importantes para desempenhar a função de forma adequada e aumenta a exaustão, gerando um ciclo difícil de quebrar (Whitman et al., 2014). A exposição da MSC a comentários negativos sobre a sua imagem e especificamente em relação ao peso, não só por parte do supervisor, mas também dos colegas, deteriorou a prestação da utente no local de trabalho, e agravou o seu estado de saúde, provocando a entrada num novo período de baixa. A estigmatização devido ao peso tem impacto sobre o bem-estar psicológico e pode denegrir a autoimagem, contribuir para a insatisfação com a imagem corporal, para uma baixa autoestima, para o isolamento social, e para o aumento do risco de depressão e de perturbações de ansiedade, pelo que as vítimas deste tipo de preconceito recorrem frequentemente a serviços de saúde mental (Puhl e King, 2013).

4.2.4. Perfil Intra-individual e Objetivos Terapêuticos

Após a análise da avaliação inicial da MSC, foi definido o seu perfil intra-individual (Tabela 24). Já no que se refere aos objetivos terapêuticos, para além dos objetivos definidos para

o grupo, tendo em conta o perfil sintomático e as hipóteses explicativas do mesmo, foram definidos alguns objetivos para a MSC ao longo do processo terapêutico.

Tabela 24. Perfil intra-individual da MSC

	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Domínio Cognitivo	Capacidade de identificar os próprios comportamentos desajustados; Capacidade de sugerir estratégias de resolução de problemas (não é capaz de operacionalizar em situações de stresse).	Baixa capacidade de mentalização; Ruminação.
Domínio Psicomotor	Lateralização.	Regulação tonicoemocional; Noção do corpo.
Domínio Relacional/ Afetivo	Compromisso com a terapêutica.	Relação com o outro (dificuldade em ser assertiva; postura hostil perante algumas figuras); Dificuldade em expressar as suas emoções.

Fizeram parte do projeto terapêutico da MSC, os objetivos definidos para o grupo PIPPA no qual a utente participou. Estes objetivos podem ser consultados na Tabela 25.

Tabela 25. Objetivos gerais e específicos definidos para o grupo PIPPA

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Cognitivo	
Promover a capacidade de identificar os sintomas somáticos associados à ansiedade.	Promover a capacidade de diferenciar a nível propriocetivo e tátil as diferentes partes do corpo.
	Promover a capacidade de diferenciar os níveis de tensão em cada parte do corpo.
	Promover a consciencialização do ritmo respiratório.
	Promover a identificação de sensações corporais agradáveis e desagradáveis.
Domínio Psicomotor	

Promover a capacidade de autorregulação sobre os sintomas somáticos provocados pela ansiedade.	Promover a associação entre os estados corporais e os estados emocionais (regulação tonicoemocional).
	Promover a regulação da respiração e do tônus como estratégia para a redução dos sintomas da ansiedade.
Domínio Relacional/Afetivo	
Promover a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro.	Promover a capacidade de agir sobre o outro e sobre o envolvimento.
	Promover a expressão do conteúdo emocional das experiências (palavra, grafismo, movimento...).
	Promover uma relação regulada e consciente entre os ritmos internos e externos.
	Promover a capacidade de representação simbólica sobre a ação.

Para além dos objetivos do grupo, foram definidos alguns objetivos de acordo com as especificidades do perfil da MSC. Estes objetivos podem ser consultados na Tabela 26.

Tabela 26. Objetivos gerais e específicos definidos para a MSC

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Cognitivo	
Promover o autocontrolo sobre o próprio pensamento.	Promover a capacidade de modificar o foco da sua atenção em pensamentos negativos para pensamentos positivos.
Domínio Relacional/Afetivo	
Promover a autoestima e o sentimento de autoeficácia.	Promover a criação de uma imagem positiva de si própria; Melhorar a resistência à frustração.
Promover a relação com o outro.	Promover a adoção de uma postura assertiva na relação com o outro.

4.2.5. Projeto Terapêutico

O projeto terapêutico da MSC foi pensado no contexto de um grupo, pelo que o primeiro objetivo neste contexto foi promover uma relação terapêutica entre os seus elementos.

Procurou-se realizar atividades que respeitassem o espaço e ritmo de cada um nesta fase de integração. Embora as primeiras sessões tenham sido de caráter psicoeducativo, procurou-se integrar em todas, pelo menos uma atividade prática que permitisse a interação entre os elementos do grupo, de forma a promover a relação.

O projeto em que a MSC foi integrada incluiu quatro fases de intervenção. Em primeiro lugar pretendia-se contribuir para a identificação dos sintomas somáticos da ansiedade, pelo que foi integrada uma componente psicoeducativa, no sentido de facilitar a compreensão da materialização do sintoma no corpo e a ligação de sintomas corporais a estados emocionais. As atividades realizadas foram direcionadas para a promoção da consciencialização corporal e dos ritmos internos e da exploração de várias sensações corporais proporcionadas pelo contacto com vários objetos, bem como a qualificação das mesmas (agradáveis/desagradáveis). Contudo, não foram introduzidas atividades de caráter livre, mas atividades concretas e guiadas, devido a um estado de inibição comum a todos os participantes. Nesta fase, o recurso ao toque foi realizado com objetos como intermediários, devido ao estado de grande tensão de alguns utentes, incluindo a MSC.

Nesta fase, procurou-se melhorar particularmente com a MSC, a consciencialização dos ritmos internos, uma vez que um dos sintomas mais evidentes seriam as dificuldades na respiração. Neste sentido, foram realizados vários momentos de escuta ativa, focados neste parâmetro. Para além disto, a questão do toque é um elemento muito sensível para a utente, sendo perceptível o aumento considerável do nível de tensão quando está em situações mais vulneráveis em que é sujeita ao toque do outro. Por este motivo, foram introduzidos jogos de cooperação, que para além de introduzirem a componente lúdica, requerem o toque para atingir um objetivo comum, retirando de alguma forma a perceção de vulnerabilidade criada em torno desta proximidade (e.g. transportar objetos, aos pares, estando o objeto sempre em contacto com o corpo das duas pessoas).

Num segundo momento, a intervenção foi focada no desenvolvimento das competências de autoregulação. Nesta fase, após a consciencialização do ritmo respiratório foi introduzida a possibilidade de controlar o mesmo. Foram também exploradas as possibilidades posturais e o impacto funcional e emocional de cada uma delas, foi explorada a alternância entre estados e contração e descontração e finalmente foram introduzidos ritmos externos no sentido de promover a reflexão sobre o impacto dos mesmos na regulação interna. Particularmente no caso da MSC procurou-se nesta fase promover o controlo da respiração e explorar o impacto de ritmos externos sobre o ritmo respiratório da utente. A utente tem grande dificuldade na sua vida diária em reagir de

forma controlada em situações de maior stresse, pelo que se procurou introduzir ritmos desagradáveis de maneira que num ambiente securizante e controlado fosse possível explorar as estratégias para regular os próprios ritmos internos perante a adversidade externa. Foram também realizadas algumas atividades na linha da relaxação progressiva de Jacobson, de forma a melhorar não só a consciencialização das várias partes do corpo, mas também a possibilitar a resolução do nível de tensão por meio da ação motora.

Na terceira fase de intervenção procurou-se desenvolver a capacidade de insight e de representação simbólica do que é sentido. Neste sentido, foram utilizadas técnicas expressivas e introduzidas atividades de carácter mais livre, apelando à expressão das emoções. Estas atividades requerem naturalmente um maior nível de autonomia e foram introduzidas apenas numa fase mais avançada uma vez que requerem um maior controlo sobre o próprio corpo e um pensamento mais flexível. A MSC teve alguma dificuldade inicialmente em realizar atividades mais livres e atividades que requeriam maior concentração, o que era esperado tendo em conta os resultados observados na forma Y-1 do STAI. Estes resultados apontavam para estados de maior descontração e bem-estar em atividades mais dinâmicas, concretas e sobre as quais a utente tivesse maior controlo.

Contudo, o aumento progressivo do tempo de foco em si própria, foi um elemento facilitador que permitiu uma adaptação crescente a este tipo de atividades. De uma forma geral, a utente demonstrou ter preferência por atividades mais dinâmicas e as atividades que requerem alguma introspeção tornam-se mais difíceis devido à angústia causada pelo confronto direto com as próprias emoções e com pensamentos menos agradáveis que podem surgir nestes momentos, perante os quais a pessoa não sabe como reagir. Procurou-se possibilitar no contexto das sessões de grupo momentos de introspeção seguidos de uma atividade expressiva que possibilitasse exteriorizar as emoções e pensamentos que surgiam por meio do movimento ou do grafismo.

Finalmente, pretendia-se modificar a perceção de um “corpo falível” para um corpo que é agente e objeto, um corpo transformador. Nesta fase, foram introduzidas atividades de mobilização passiva onde já foi introduzido o contacto direto pelo toque do outro e no outro. Para além disto, foram também realizadas atividades de cooperação mais livres comparativamente com as atividades realizadas inicialmente. Foram utilizadas atividades expressivas também menos guiadas onde foi reforçada a espontaneidade e a criatividade, de maneira a promover a agentividade sobre o próprio corpo e sobre o envolvimento.

No caso da MSC procurou-se explorar a relação com o outro particularmente nesta fase e foi dada particular atenção à gestão do contacto direto pelo toque. A utente manteve um

estado de grande contração quando era tocada diretamente e, por este motivo, foi dada algumas vezes a possibilidade de escolha entre o toque direto e a mediação por meio do objeto, apesar de se pretender que progressivamente o objeto fosse utilizado cada vez menos. Apesar da maior disponibilidade da MSC para este tipo de atividades mais livres, comparativamente com a fase anterior, a gestão da proxémia foi um assunto sensível e que provocava um aumento da tensão na utente durante todo o período de intervenção.

No que diz respeito à ação sobre o outro, procurou-se explorar as possibilidades de relação, para que a utente colocasse em prática as suas ideias relativamente à resolução de problemas interpessoais, que geralmente não é capaz de operacionalizar. A MSC inicialmente revestia-se de um comportamento hostil e defensivo perante situações em que se sentia desconfortável, pelo que foram introduzidas situações de conforto/desconforto, de maneira que a utente pudesse, num espaço securizante explorar possibilidades de relação para além do comportamento defensivo a que geralmente recorria.

4.2.6. Avaliação Final

De uma forma geral, a MSC teve uma boa evolução ao longo deste acompanhamento em grupo. Quando a utente iniciou esta intervenção, estava ainda de baixa e ao longo do período de intervenção, retomou a sua atividade profissional, embora com um horário reduzido e trabalhando nas horas a que não há muita gente na pastelaria onde trabalha.

Na avaliação final da MSC foi possível incluir o Esquema de Tensões que reflete um estado menos relaxado do que o observado nas últimas sessões do grupo. Este estado, contudo, à semelhança de outros resultados obtidos nesta avaliação pode ser explicado por um conjunto de situações que, nesta fase, provocaram uma maior instabilidade na utente. Na última sessão do grupo PIPPA, a MSC chegou visivelmente mais agitada e ansiosa, lamentando sentir-se assim na última sessão que gostaria de “aproveitar melhor” (sic).

Após a sessão houve a possibilidade de falar com a utente para perceber o que estaria a provocar tal instabilidade, ao que a utente responde que o seu companheiro estaria internado devido a uma forte dor de cabeça cuja origem não era ainda conhecida. A utente relacionou esta situação com a fase em que foi descoberta a doença do seu pai e referiu ter medo de contar à filha o que se estaria a

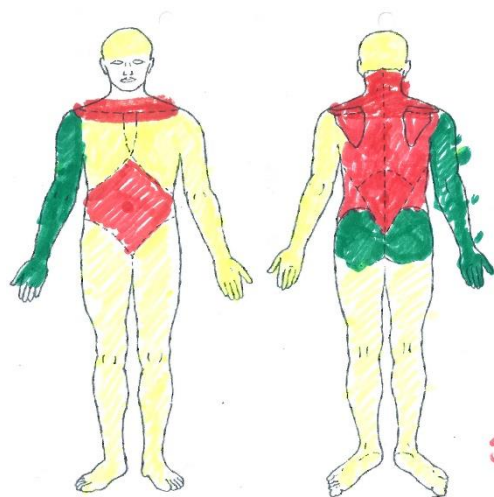


Figura 4. Esquema de Tensões final da MSC

passar porque não a queria assustar, pelo que, mais uma vez, colocava uma grande pressão sobre si própria, procurando resolver problemas que a transcendem.

Este estado de maior tensão é visível no esquema de tensões em que a MSC representou a vermelho os ombros, costas e barriga, regiões onde sente dor em situações de maior tensão. Para além disso, representou a amarelo a cabeça, referindo sentir dores de cabeça e tonturas, o braço esquerdo, referindo que tinha voltado a sensação de dormência, o peito devido às dificuldades na respiração e as pernas devido a sentir um grande peso.

Os resultados comparativos da versão Y-2 do STAI da MSC podem ser consultados na Tabela 27. Nesta tabela são apresentados com “A.I.” os resultados da avaliação inicial e com “A.F.” os resultados da avaliação final. Mantiveram-se no mesmo patamar alguns sintomas: sentir-se muito nervosa e inquieta, pouca satisfação consigo própria, não se sentir tranquila, não se considerar calma e ponderada, ter muitos pensamentos perturbadores, preocupar-se excessivamente com assuntos sem importância e considerar-se pouco feliz. No caso dos itens que se mantiveram iguais deste a avaliação inicial até à final, estes são assinalados na Tabela 27 com “=”. Em alguns itens, os resultados foram negativos, i.e., os valores da avaliação inicial foram melhores. Estes foram relacionados com o sentir-se feliz, a autoconfiança, o sentir-se bem e a instabilidade relacionada com preocupações recentes. Estes itens e alguns dos que se mantiveram iguais desde a avaliação inicial, podem ser explicados pela situação do companheiro. No caso específico da autoconfiança, esta poderia estar mais fragilizada devido a uma fase de adaptação no contexto laboral em que a utente estaria a transitar para horários em de maior agitação no local de trabalho. Estes resultados, contudo, traduzem algo positivo, pois refletem a consciência da utente relativamente aos próprios sentimentos e dificuldades, o que possibilita a reflexão sobre as estratégias que pode utilizar para dar resposta aos mesmos.

A MSC no último preenchimento do STAI considera-se capaz de afastar pensamentos relacionados com o sentir-se desapontada e evitar pensamentos sem importância, o que aponta melhorias na capacidade de modificar voluntariamente a atenção para pensamentos positivos. O sentimento de autoeficácia melhorou, pois, a utente sente que falha poucas vezes e sente-se mais capaz, confiante e estável e considera ter mais capacidade de resposta perante as dificuldades, o que reflete uma melhor imagem de si própria e maior resistência à frustração, devido à visão melhorada das suas capacidades. No que diz respeito à relação com o outro, a MSC foi modificando o seu comportamento e postura. Numa fase inicial, falava pouco e mantinha uma postura inibida. À medida que foi conhecendo os colegas esta postura modificou-se uma vez que estabeleceu relações de

confiança entre os participantes. Relativamente a outras situações sociais, a utente refere ter maior capacidade de autorregular o seu comportamento e adotar comportamentos mais assertivos quando necessita de apresentar a sua perspetiva em situações de conflito, ocorrendo com menor frequência situações de grande hostilidade da sua parte.

Tabela 27. Resultados comparativos do STAI da MSC

Item	1	2	3	4
Sinto-me bem.		A.F.	A.I.	
Sinto-me nervoso e inquieto.				=
Sinto-me satisfeito comigo próprio.		=		
Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.			A.I.	A.F.
Sinto-me um falhado.		A.F.	A.I.	
Sinto-me tranquilo.	=			
Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.	=			
Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.			A.F.	A.I.
Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.			=	
Sou feliz.		=		
Tenho pensamentos que me perturbam.				=
Não tenho muita confiança em mim.		A.I.	A.F.	
Sinto-me seguro.	A.I.		A.F.	
Tomo decisões com facilidade.	A.I.	A.F.		
Muitas vezes sinto que não sou capaz.		A.F.	A.I.	
Estou contente.		A.I.	A.F.	
Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.			A.F.	A.I.
Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.		A.F.		A.I.
Sou uma pessoa estável.	A.I.		A.F.	
Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.			A.I.	A.F.

5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

Foi possível participar em várias atividades enriquecedoras de formação durante o estágio. Estas incluíram as sessões clínicas do serviço, a preparação de um tema para apresentar numa delas, as reuniões com as equipas comunitárias, as reuniões do núcleo de estágio e a participação numa aula de Métodos de Relaxação, no Seminário Formativo de RPM e no Congresso Internacional de Patologia Dual.

5.1. Sessões Clínicas

Entre as 9:30 e as 11:00 de quarta feira decorrem nas instalações do HFF as sessões clínicas do serviço de psiquiatria. Estes são momentos formativos onde são apresentados temas relevantes no âmbito da saúde mental para todos os técnicos do serviço. Os temas incluem estudos experimentais, análise de conceitos e teorias ilustrados com estudos de caso, reflexões sobre situações problema que surgem em psiquiatria, apresentação de projetos e programas de várias estruturas ligadas à promoção da saúde mental, entre outras questões. No final de cada uma apresentação existe um momento de discussão em são colocadas questões ou comentários relativamente aos temas apresentados. Os temas são geralmente preparados pelas equipas do serviço, embora por vezes sejam apresentados por convidados externos. Podem ser consultados, em anexo, os temas de cada sessão observada. Uma delas, brevemente descrita, foi preparada pela estagiária.

Estas sessões foram importantes pois permitiram a melhor compreensão da expressão de várias patologias dos utentes acompanhados e dos possíveis tratamentos para as mesmas. Dado que as sessões clínicas são dirigidas a todos os técnicos do serviço, nestes momentos formativos, foi possível compreender melhor algumas patologias com que não houve tanto contacto na prática (e.g. esquizofrenia). Foi interessante conhecer também o trabalho de outras estruturas e vários projetos no âmbito da saúde mental que levaram a estagiária a refletir sobre a pertinência da intervenção psicomotora nestes contextos.

5.1.1. Projeto de Intervenção Psicomotora para Perturbações da Ansiedade

Após o período de estágio foi agendada uma sessão clínica preparada pela estagiária. A escolha do tema envolveu alguma reflexão, pois pretendia transmitir o crescimento que este estágio proporcionou e colocar um tema relevante para todo o serviço, relacionado com o trabalho no espaço@com. Esta reflexão levou à decisão de apresentar o grupo PIPPA. O tema respondeu a ambos os objetivos da estagiária, pois trata-se de um projeto piloto pensado pela orientadora que foi possível acompanhar desde a primeira sessão e

foi concluído pela estagiária. Assim sendo, foi um projeto que grande parte dos técnicos não conhecia, justificando a pertinência da sua apresentação neste contexto.

De forma a contextualizar a criação do grupo e a pertinência da intervenção psicomotora a este nível, a apresentação teve início com uma contextualização dos conceitos de stresse e ansiedade, seguida da apresentação dos modelos de tratamento nas perturbações da ansiedade com particular enfoque na intervenção psicomotora por meio da relaxação. Finalmente, foi apresentado o projeto: critérios de referenciação, objetivos, metodologia, sessão tipo, instrumentos de monitorização utilizados, participantes, limitações e resultados, terminando com algumas reflexões e aspetos a repensar na possibilidade de criação de um novo grupo. Esta apresentação pode ser consultada em anexo.

A preparação de um tema para partilhar neste contexto foi importante sobretudo pelo facto de ter colocado a estagiária a refletir sobre os temas pertinentes para todo o serviço de psiquiatria, e não apenas técnicos da área da psicomotricidade como é habitual no contexto académico. Esta situação apelou à reflexão sobre a forma como os conceitos específicos da área da psicomotricidade podem ser introduzidos de forma perceptível para elementos externos e à organização de uma apresentação permita integrar a psicomotricidade enquanto intervenção terapêutica numa equipa multidisciplinar como no caso do HFF. Contudo, esta tarefa foi facilitada por se tratar de uma apresentação realizada num contexto onde a intervenção psicomotora é uma reconhecida e valorizada pela equipa.

5.2. Reuniões de Equipa

A equipa do espaço@com Massamá reúne com as equipas comunitárias da Amadora e de Queluz, pois os utentes acompanhados por estas equipas têm morada de residência mais próxima do espaço@com Massamá. A reunião com cada uma das equipas tem lugar uma vez por mês, à quarta feira (após a sessão clínica) nas instalações do HFF e tem em vista a discussão de assuntos relacionados com os utentes acompanhados, bem como a referenciação de novos utentes para o espaço@com. São realizadas também reuniões com a equipa da Psiquiatria de Ligação com menor frequência, uma vez que há menos utentes referenciados por esta equipa e quando necessário há flexibilidade por parte dos técnicos para entrar em contacto entre si e discutir casos importantes.

As reuniões de equipa foram um complemento à intervenção direta com o utente, pois possibilitaram a partilha de momentos de interação com o utente onde são perceptíveis diferentes traços da expressão da patologia entre os técnicos, proporcionaram a análise dos casos sob várias perspetivas relacionadas com a visão pessoal de cada técnico, tendo em conta as vertentes teóricas com que mais se identifica e a sua área de formação. Estes

momentos de discussão enriqueceram a experiência da estagiária, pois incentivaram a reflexão sobre diversas formas de analisar o perfil do utente.

5.3. Reuniões do Núcleo de Estágio em Saúde Mental na FMH

Foram realizadas reuniões semanais com a colaboração e supervisão do orientador académico e com a participação de todos os estagiários por ele orientados. Estas reuniões decorreram à quinta-feira a partir das 16:00 e permitiram um acompanhamento próximo que foi muito útil no sentido de criar um espaço de reflexão e aprendizagem. Para além da apresentação de temas escolhidos pelos estagiários consoante o contexto de estágio (neste caso com o tema “Perturbações da Ansiedade”) e da apresentação de estudos de caso igualmente selecionados por cada estagiário (neste caso TM e AMG), foi possível comentar, questionar e discutir as apresentações e colocar questões relativas a aspetos práticos do estágio. As reuniões proporcionaram momentos de aprendizagem, pois permitiram pensar e discutir novos casos, desenvolver espírito crítico e a capacidade de analisar a pessoa sob várias perspetivas. As apresentações estão disponíveis em anexo.

As reuniões do núcleo de estágio foram benéficas, pois permitiram pensar em conjunto a intervenção dos casos acompanhados. Esta permitiu pensar a intervenção sob várias perspetivas, o que contribuiu para adequar a intervenção quando surgiam dúvidas. Além disto, a partilha dos casos dos colegas promoveu a capacidade de a estagiária refletir sobre os casos e sobre a intervenção mais adequada e permitiu ainda refletir sobre a intervenção em pedopsiquiatria, a partir dos casos apresentados pelos colegas.

5.4. Aula de Métodos de Relaxação

A convite do orientador académico foi possível participar numa aula de Métodos de Relaxação do 3º ano da Licenciatura em RPM. Esta participação proporcionou aos estudantes de 3º ano uma visão real da aplicação da psicomotricidade em vários contextos relacionados com saúde mental. Três estagiárias apresentaram os locais de estágio, população alvo e metodologias. De seguida foi passada a palavra aos alunos, que colocaram questões sobre a experiência de cada estagiária. Esta experiência foi enriquecedora para os alunos, que ficaram mais familiarizados com os locais de estágio e particularmente com a experiência de estágio de Mestrado. Para além disso, para as estagiárias foi também um momento positivo que possibilitou a partilha de experiências com os alunos e contribuiu para refletir sobre as questões colocadas.

5.5. I Seminário Formativo de RPM

Em abril de 2016 foi realizado o I Seminário Formativo de RPM. Este momento pretendeu proporcionar a partilha de experiências entre os estudantes do RACP, os estudantes do Ramo de Atividade de Investigação do 2º ano do Mestrado em RPM e os colegas do 1º ano do Mestrado. Cada estudante apresentou o respetivo local de estágio ou projeto de investigação, o que permitiu tomar conhecimento dos vários contextos e domínios de atuação/investigação e das respostas disponíveis no âmbito da intervenção psicomotora para várias populações. A apresentação do HFF pode ser consultada em anexo.

Numa fase final foram organizadas mesas redondas, pelas quais os estudantes foram distribuídos de acordo com o domínio de intervenção do estágio/atividade de investigação. Neste caso, a estagiária foi integrada na mesa de discussão no âmbito da saúde mental, onde participaram os colegas que estagiaram noutros contextos ligados a esta área com crianças, adultos e idosos. Foi incentivada a discussão e colocação de questões entre os estudantes e pelos docentes de forma a conhecer vários modelos de intervenção no âmbito da intervenção psicomotora e os modelos de funcionamento de vários contextos institucionais. Foram abordadas as formas de referenciação, o modo de funcionamento nas equipas, o tipo de metodologias utilizadas entre outros aspetos. Um ponto essencial nesta discussão foi a colocação de situações problema com que os estagiários se deparam, que possibilitou a discussão de estratégias a utilizar e o esclarecimento de dúvidas.

5.6. VI Congresso Internacional de Patologia Dual e Adictiva

Em junho de 2016 decorreu o VI Congresso Internacional de Patologia Dual e Adictiva, com o tema “Patologia Dual e Adictiva: Um desafio para a Humanidade”. A estagiária assistiu aos seminários pré-congresso que decorreram no HFF no dia 1 de junho e aos simpósios e mesas redondas que decorreram nos dias 2 e 3 do mesmo mês. Esta participação permitiu a melhor compreensão da relação entre os consumos e a psicopatologia, abordando as motivações que levam aos consumos, o seu impacto sobre o desenvolvimento de psicopatologia e questões relativas à prevenção e tratamento de indivíduos com perturbações psiquiátricas associadas ao consumo de substâncias.

IV. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS PARA O FUTURO

No segundo ano do Mestrado em RPM, a minha opção pelo RACP teve em vista o aprofundamento de competências profissionais em saúde mental de adultos, pelo que a colocação no HFF correspondeu ao que pretendia. Apesar da relevância de contribuir para o reconhecimento da profissão e fortalecer as bases científicas da psicomotricidade, no âmbito do ramo de atividade de investigação, optei pelo RACP de forma de fortalecer a experiência prática num contexto de intervenção em que não a tinha. A falta de experiência neste âmbito e o grande interesse pela área motivaram a escolha, mas poderiam ter limitado a minha autonomia e desempenho, devido a dificuldades que poderiam surgir.

O conhecimento adquirido ao longo da formação em RPM nas vertentes científica e metodológica foi colocado em prática promovendo a reflexão sobre os casos num contexto multidisciplinar. A formação em RPM permitiu avaliar o desenvolvimento e estabelecer o perfil intra-individual dos utentes, aplicar e avaliar programas no âmbito da RPM e identificar fatores contextuais e o seu impacto na participação dos indivíduos nos seus contextos de vida. A análise destes aspetos proporcionou respostas mais adequadas às necessidades dos utentes. Foi desenvolvida a capacidade de planear, gerir e coordenar programas de RPM, particularmente na intervenção em saúde mental numa unidade de reabilitação psicossocial, a partir do momento em que a orientadora se ausentou. A participação nas reuniões de equipa permitiu aplicar os conhecimentos relacionados com a RPM na análise dos casos juntamente com técnicos de outras áreas e facilitou a comunicação. Pretendia-se ainda elaborar um artigo focado na análise comparativa e de alguma forma complementar da atividade do psicomotricista na intervenção com crianças e com adultos com perturbações ao nível da saúde mental. Este elemento pretendia prestar um contributo inovador no enquadramento profissional e científico da área. Contudo, não foi possível terminado, pelo que não é entregue juntamente com este relatório. De uma forma geral, contudo, os objetivos propostos por Martins et al. (2015) foram atingidos.

Os meus objetivos pessoais e os objetivos definidos no âmbito do RACP, referidos acima, foram alcançados. Contribuíram para isso a colocação em prática dos conhecimentos obtidos na licenciatura e no primeiro ano do Mestrado em RPM, a excelente orientação local e académica, diariamente proporcionada pela orientadora local e nas reuniões do núcleo de estágio, pelo orientador académico. Tudo isto complementou as minhas vivências práticas com o conhecimento teórico e aumentou a minha confiança e autonomia.

Sobretudo na fase inicial do estágio, o apoio da orientadora foi determinante para a elaboração do projeto terapêutico dos utentes que acompanhei e para a adequação das

sessões planeadas. A boa relação com os orientadores teve grande importância, pois permitiu-me esclarecer todo o tipo de dúvidas e proporcionou momentos de discussão e reflexão construtiva sobre os casos acompanhados e observados. A ausência da orientadora local a partir de determinada altura constituiu um constrangimento, na medida em que limitou o número de sessões observadas. Contudo, foi um desafio que proporcionou um grande crescimento e exigiu um maior nível de autonomia da minha parte. Apesar da ausência física, a orientadora manteve-se presente e apoiante, o que me permitiu prosseguir a intervenção e acompanhar cada vez mais casos. Apesar dos aspetos menos positivos, esta situação teve um impacto positivo, pois proporcionou uma experiência de estágio muito rica e aproximada a um contexto real de trabalho na área. Particularmente no que diz respeito às reuniões do núcleo de estágio, importa referir que estas permitiram obter um conhecimento diversificado e pensar processos de intervenção dirigidos adultos e crianças com psicopatologia. Foi interessante identificar em casos da pedopsiquiatria, apresentados pelos colegas, traços semelhantes a utentes adultos e analisar a forma como estes se instalam e modificam ao longo do desenvolvimento.

Na medida do possível, procurei contextualizar no enquadramento teórico as técnicas que possibilitaram a realização das atividades descritas no capítulo da realização profissional, e algumas problemáticas frequentemente observadas. Contudo, e apesar de apenas especificar estas questões nos estudos de caso, em cada caso foram tidas em conta características que transcendem o diagnóstico. A compreensão da pessoa e da expressão das suas dificuldades só é possível se esta for analisada numa perspetiva holística e evolutiva, em que as experiências de vida se integram no indivíduo e modificam o seu nível de bem-estar e o seu comportamento. Procurou-se fazer esta análise para todos os casos, embora neste documento, as reflexões sejam especificadas apenas nos estudos de caso. É importante referir que se procurou ter alguma ação sobre o comportamento do indivíduo no exterior, embora as intervenções fossem prestadas num contexto clínico. O que se pretende, é que o indivíduo seja capaz de transferir as aquisições das sessões para a sua vida diária, pelo que foram realizadas também algumas sessões de reflexão sobre o que seria possível adaptar na vida diária da pessoa, com base nas experiências das sessões.

A experiência de estágio numa equipa de grande dimensão foi muito enriquecedora, pois possibilitou o contacto com técnicos de várias áreas e permitiu compreender o modelo de organização de uma equipa desta dimensão, neste contexto em específico. As reuniões com as equipas da Amadora e de Queluz foram momentos de aprendizagem e de crescente autonomia pois proporcionaram momentos de discussão e reflexão sobre os casos. A minha participação nas reuniões partiu da observação, mas modificou-se à

medida que aumentaram os casos acompanhados. Perante a ausência da orientadora, tive a possibilidade de discutir os assuntos relativos à intervenção psicomotora nestas reuniões. É importante referir que o trabalho em equipa não foi desenvolvido apenas no que diz respeito às reuniões entre o espaço@com e as equipas comunitárias. A comunicação entre os técnicos do espaço@com foi essencial e contribuiu para a prestação de uma melhor resposta aos utentes acompanhados em comum pela terapeuta ocupacional e psicomotricista. Para além disto, foi possível comunicar o estado dos utentes entre as técnicas e adequar a intervenção de acordo com o mesmo.

Uma das limitações desta experiência prende-se com um fator que vai para além da organização das atividades de estágio, pois está relacionado com os utentes referenciados. O estágio no espaço@com foi muito rico e permitiu acompanhar utentes com perfis diversificados. Contudo, os diagnósticos dos utentes eram principalmente na linha da ansiedade e depressão, pelo que houve pouco contacto com utentes com perturbações da linha psicótica, por exemplo. Também devido aos poucos utentes com este tipo de problemática que frequentavam o espaço@com durante o período de estágio, o grupo Come&Go não foi observado, pois não esteve em funcionamento em Massamá, nesta fase.

Considero o facto de a intervenção psicomotora ser reconhecida no contexto do serviço de psiquiatria do HFF, um dos aspetos que facilitou a minha evolução nesta experiência. Para o futuro considero necessária maior preparação da minha parte para lidar com contextos institucionais menos recetivos e divulgar a importância e pertinência da intervenção psicomotora nos mesmos. Contudo, apesar do contexto institucional favorável, as apresentações nas reuniões de estágio, no seminário formativo em RPM e na sessão clínica contribuíram para o desenvolvimento de competências neste sentido.

Todas estas experiências contribuíram para aumentar a minha capacidade reflexiva e espírito crítico. Para além disso, a discussão de diversos casos em todos estes contextos foi extremamente vantajosa pois permitiu a análise crítica dos mesmos, uma maior preparação para lidar com diferentes atitudes e posturas dos utentes e interpretar as mesmas. Esta discussão dos casos proporcionou também a exploração de diversas estratégias a utilizar na promoção de uma boa relação terapêutica e lidar com as atitudes dos utentes e eventuais imprevistos que possam surgir ao longo das sessões.

Este foi também um aspeto fundamental a ter em conta ao longo do planeamento das sessões e da preparação para atuar neste âmbito. Para além de qualquer planeamento, um dos elementos mais desenvolvidos ao longo desta experiência de estágio foi a capacidade de adaptação perante as circunstâncias da sessão. Apesar de ser pertinente

realizar o planeamento das sessões com esta população, vários aspetos podem modificar o plano inicial, desde a não adesão do utente à atividade, a episódios de instabilidade provocadas por circunstâncias externas. Tudo isto requer a adaptação das atividades para dar resposta às necessidades atuais da pessoa. Lidar com o imprevisto foi uma das maiores dificuldades ao longo deste processo. Apesar disso, foi também um dos aspetos mais enriquecedores desta experiência, que promoveu a minha capacidade de adaptação.

Este estágio foi uma das maiores experiências de aprendizagem que tive, o que é perceptível pela análise do percurso desde o início desta experiência a nível pessoal e profissional. Para além de proporcionar a integração do conhecimento adquirido no âmbito do ensino superior, colocou-me à prova e levou-me a progredir na forma de pensar e agir perante cada caso. A nível profissional considero que me tornei numa técnica mais segura e considero ter maior capacidade crítica e reflexiva. Esta experiência foi muito rica, permitiu-me tomar consciência das minhas limitações e dos meus erros e foi essa perceção que me permitiu melhorar. Essa perceção colocou-me numa atitude de questionamento e procura de melhores abordagens na prática profissional. A nível pessoal, considero-me uma pessoa mais ponderada, mais organizada e mais confiante. Esta experiência foi um grande desafio e as aprendizagens que daqui retiro, com o apoio dos orientadores de todos os técnicos e colegas ao longo deste percurso, fazem-me acreditar que serei capaz de arriscar outras experiências e ter sucesso noutros desafios ao longo da minha vida.

Terminada esta experiência procuro integrar na minha vida profissional a pesquisa de informações científicas atuais relacionadas com os casos acompanhados, pois é determinante não só para adequar a intervenção às necessidades da pessoa, mas também para permanecer atualizada sobre as metodologias utilizadas e os benefícios de cada uma. Gostaria de prosseguir a minha atividade profissional ligada à saúde mental, particularmente com adultos, pois a intervenção no contexto do espaço@com permitiu-me observar a possibilidade de indivíduos com perturbações mentais retomarem o controlo sobre a própria vida, após períodos de grande sofrimento, desânimo e desesperança. A possibilidade de fazer parte do percurso destes utentes e de contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida motivou-me a fazer mais, se possível atuando com esta população.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T. B. (2015). O adoecer: um enigma que transita entre o psíquico e o somático. *Psicologia*, pp. 1-16.
- Alves, A. A., e Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp. 127-131.
- Amajuoyi, I. J., Joseph, E. U., e Udoh, N. A. (2013). Construct Validation of Anxiety Measures Using Multitrait-Multimethod Matrix. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 13(10), pp. 145-155.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- André, P., Benavidès, T., e Canchy-Giromini, F. (1996). *Corps et Psychiatrie*. Thoiry: Heures de France Editions.
- Åslund, C., Starrin, B., e Nilsson, K. W. (2014). Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: the influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 4, pp. 13-22.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d.). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*. Obtido de Associação Portuguesa de Psicomotricidade.
- Barlow, D. H. (2002). Fear, anxiety, and theories of emotion. In D. H. Barlow, *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 37-62). New York, London: The Guilford Press.
- Barth, F. D. (2010). Frozen in time: idealization an parent-blaming. *Clinical Social Work Journal*, 38(3), pp. 331-340.
- Bassin, D., Lyshak, F., e Robbins, A. (1986). The Creative Act as a Means of Overcoming Resistance in Treatment. In A. Robbins, *Expressive Therapy: A Creative Arts Approach to Depth-Oriented Treatment* (pp. 43-57). New York: Human Sciences Press, Inc.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), pp. 20-26.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.

Breitve, M. H., Hynninen, M. J., e Kvåle, A. (2010). The Effect of Psychomotor Physical Therapy on Subjective Health Complaints and Psychological Symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15, pp. 212-221.

Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: feeling is believing. In J. Suls, *Psychological perspectives on the self: the self in social perspective* (Vol. IV, pp. 27-58). New York: Psychology Press.

Bruce, A. S., e Arnett, P. A. (2006). Longitudinal Study of the Symptom Checklist 90-Revised in Multiple Sclerosis Patients. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, pp. 46-59.

Bufka, L. F., e Camp, N. (2010). Brief Measures for Screening and Measuring Mental Health Outcomes. In M. M. Antony, e D. H. Barlow, *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders* (2ª ed., pp. 62-94). New York: The Guilford Press.

Butler, G. (1993). Definitions of stress. *Occasional paper (Royal College of General Practitioners)* (61), pp. 1-5.

Caldas de Almeida, J., e Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

Cairns, K. E., Yap, M. B., Pilkington, P. D., e Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, pp. 61-75.

Colman, I., Zengb, Y., McMartin, S. E., Naicker, K., Ataullahjan, A., Weeks, M., Senthilselvan, A., e Galambos, N. L. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: findings from a national Canadian cohort. *Preventive Medicine*, 65, pp. 28-32.

Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., e Mead, G. E. (2013). Exercise for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9), pp. 1-156.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Obtido de: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>

Cordeiro, J. C. (2005). A agressividade no processo de individualização. In J. C. Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª ed., pp. 149-154). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Costa, N. F., e Maltez, J. C. (2005). Depressão. In J. C. Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª ed., pp. 559-594). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cowen, P., Harrison, P., e Burns, T. (2012). Anxiety and obsessive-compulsive disorders. In P. Cowen, P. Harrison, e T. Burns, *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry - Sixth Edition* (pp. 177-204). Oxford: Oxford University Press.

Debray, Q., e Nollet, D. (2004). A Personalidade Evitante (Ansiosa). In Q. Debray, e D. Nollet, *As Personalidades Patológicas* (pp. 87-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Decreto-Lei nº 35/99. (5 de fevereiro de 1999). *Diário da República nº30/99 - I Série A*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 304/09. (22 de outubro de 2009). *Diário da República nº 205/09 - I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei nº 8/10. (28 de janeiro de 2010). *Diário da República nº19/10 - I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.

Derogatis, L. R., e Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18. In M. E. Maruish, *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment* (3ª ed., pp. 1-42). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (março de 2016). Portugal. Saúde Mental em Números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R., e Simões, C. (2015). Grelha de Observação do Comportamento.

Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., e Bergland, A. (2014). Body awareness - a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(5), pp. 312-318.

European Forum of Psychomotricity [EFP]. (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Obtido de European Forum of Psychomotricity - Documents Inventory: http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf

Everly, G. S., e Lating, J. M. (2013). The Anatomy and Physiology of the Human Stress Response. In G. S. Everly, e J. M. Lating, *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response* (3ª ed., pp. 17-52). New York: Springer.

Fonseca, V. d. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus Factores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. d. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), pp. 42-52.

Hannon, P. A., Rusbult, C. E., Finkel, E. J., e Kamashiro, M. (2010). In the wake of betrayal: amends, forgiveness, and the resolution of betrayal. *Personal Relationships*, 17(2), pp. 253-278.

Harrison, L. A., Ahn, C., e Adolphs, R. (2015). Exploring the structure of human defensive responses from judgements of threat scenarios. *PLoS ONE*, 10(8), pp. 1-24.

Harrison, P., Geddes, J., e Sharpe, M. (2006). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Hoffmann, B. (2016). The Role of Expressive Therapies in Therapeutic Interactions; Art Therapy - Explanation of the Concept. *Trakia Journal of Sciences*, 14(3), pp. 197-202.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [HFF]. (2009a). *Colaborar com o Hospital - Responsabilidade Social*. Obtido em 2016, de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/responsabilidade-social_68

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [HFF]. (2009b). *O Hospital*. Obtido em 2016, de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/o-hospital_2

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [HFF]. (2009c). *Serviços Clínicos - Especialidades*. Obtido em 2016, de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/especialidades_70#117

Jackson, S. E., Kirschbaum, C., e Steptoe, A. (2016). Perceived weight discrimination and chronic biochemical stress: a population-based study using cortisol in scalp hair. *Obesity*, 24(12), pp. 2515-2521.

Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J., e Rosmalen, J. G. (2009). Parental Overprotection Predicts the Development of Functional Somatic Symptoms in Young Adolescents. *Journal of Pediatrics*, 154(6), pp. 918-923.

Josefsson, T., Lindwall, M., e Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), pp. 259-272.

- Kaplan, H. I., e Sadock, B. J. (1998). Anxiety Disorders. In H. I. Kaplan, e B. J. Sadock, *Synopsis of Psychiatry* (pp. 581-602). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kessler, R. C., e Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, pp. 119-138.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., e Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), pp. 864-871.
- Kim, J. S., e Lee, S.-H. (2016). Influence of interactions between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*.
- Landmann, N., Kuhn, M., Maier, J.-G., Spiegelhalder, K., Baglioni, C., Frase, L., Riemann, D., Sterr, A., e Nissen, C. (2015). REM sleep and memory reorganization: Potential relevance for psychiatry and psychotherapy. *Neurobiology of Learning and Memory*, 122, pp. 28-40.
- Lei nº36/98. (24 de julho de 1998). *Diário da República nº169/98 - I Série A*. Lisboa: Assembleia da República.
- Lièvre, B. D., e Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* (6ª ed.). Bruxelles: de boeck.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), pp. 1358-1368.
- Major, B., Eliezer, D., e Rieck, H. (2012). The psychological weight of weight stigma. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6), pp. 651-658.
- Malchiodi, C. A. (2005). Expressive Therapies: History, Theory and Practice. In C. A. Machiodi, *Expressive Therapies* (pp. 1-15). New York: The Guilford Press.
- Martins, R. (s.d.). Esquema de Tensões [Instrumento de Avaliação]. Documento não publicado, disponibilizado pelo autor.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental - O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. d. Fonseca, e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação - O Diálogo Tonicoemocional no Nascimento da Vida Psíquica. *PsiLogos*, 13(1), pp. 34-43.

Martins, R., Simões, C., Brandão, T., e Espadinha, C. (setembro de 2015). *Regulamento de Estágio: Unidade de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais*. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLogos*, 1(1), pp. 85-95.

Mendonça, J. T. (2011). Amar a imperfeição. *Diário de Notícias Madeira*.

Mikulincer, M., e Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change* (2ª ed.). New York: The Guildford Press.

National Institute for Health Care and Excellence [NICE]. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. Obtido em março de 2017, de National Institute for Health Care and Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

National Institute for Health Care and Excellence [NICE]. (2016). *Depression in adults: recognition and management*. Obtido em março de 2017, de National Institute for Health Care and Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance>

Otani, K., Suzuki, A., Kamata, M., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R., e Enokido, M. (2012). Parental overprotection increases sociotrophy with gender specificity in parents and recipients. *Journal of Affective Disorders*, 136, pp. 824-827.

Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., e Kamata, M. (2009). Parental overprotection increases interpersonal sensitivity in healthy subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 50, pp. 54-57.

Parkes, C. M. (2009). *Love and loss: the roots of grief and its complications*. Hove: Routledge.

Parkes, C. M., e Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life* (4ª ed.). London: Routledge.

Paulino, M., e Godinho, J. (2005). Perturbações da ansiedade. In J. C. Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª ed., pp. 445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., e Vancampfort, D. (2012). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, pp. 105-113.
- Puhl, R. M., e King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), pp. 117-127.
- Quartilho, M. J. (2016). *O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Robbins, A. (1986). Introduction to Expressive Therapy. In A. Robbins, *Expressive Therapy: A Creative Arts Approach to Depth-Oriented Treatment* (pp. 15-40). New York: Human Sciences Press, Inc.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), pp. 135-156.
- Schafer, M. H., e Ferraro, K. F. (2011). The stigma of obesity: does perceived weight discrimination affect identity and physical health? *74*(1), pp. 76-97.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), pp. 153-160.
- Schrijvers, D., Hulstijn, W., e Sabbe, B. G. (2008). Psychomotor symptoms in depression: A diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool. *Journal of Affective Disorders*, 109, pp. 1-20.
- Seaward, B. L. (2009). *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well-Being* (6ª ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Serra, A. V. (2000). A Vulnerabilidade ao Stresse. *Psiquiatria Clínica*, 4, pp. 261-278.
- Serra, A. V. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto, e A. L. Silva, *Stress e bem-estar* (1ª ed., pp. 17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Shapero, B. G., Hamilton, J. L., Liu, R. T., Abramson, L. Y., e Alloy, L. B. (2013). Internalizing symptoms and rumination: The prospective prediction of familial and peer emotional victimization experiences during adolescence. *Journal of Adolescence*, 36, pp. 1067-1076.

Siegel, E. (1986). Integrating Movement and Psychoanalytic Technique. In A. Robbins, *Expressive Therapy: A Creative Arts Approach to Depth-Oriented Treatment* (pp. 258-279). New York: Human Sciences Press, Inc.

Sierra, M. (2009). Psychiatric comorbidity. In M. Sierra, *Depersonalization: a new look at a neglected syndrome* (pp. 69-83). New York: Cambridge University Press.

Smith, J. C. (2007). The New Psychology of Relaxation and Renewal. *Biofeedback*, 35(3), pp. 85-89.

Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. California: Mind Garden, Inc.

Soares, M. P., Lucas, C. V., Oliveira, F. I., Roque, F. L., e Cadima, J. (2012). Psychological Symptomatology and Loneliness in a College Students Sample: What New Trends can be Developed to Better Help These Students? *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), pp. 692-704.

Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., e LaPrairie, J. L. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 122-137.

Tezler, E. H., Fuligni, A. J., Lieberman, M. D., e Galván, A. (2013). The effects of poor quality sleep on brain function and risk taking in adolescence. *NeuroImage*, 71, pp. 275-283.

Urbán, R., Arrindell, W. A., Demetrovics, Z., Unoka, Z., e Timman, R. (2016). Cross-cultural confirmation of bi-factor models of a symptom distress measure: Symptom Checklist-90-Revised in clinical samples. *Psychiatry Research*, 239, pp. 265-274.

Vreeke, L. J., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., e Rapee, R. M. (2013). Skittish, shielded, and scared: Relations among behavioral inhibition, overprotective parenting, and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, pp. 703-710.

Whitman, M. V., Halbesleben, J. R., e Holmes IV, O. (2014). Abusive supervision and feedback avoidance: the mediating role of emotional exhaustion. *Journal of Organizational Behaviour*, 35(1), pp. 38-53.

World Health Organization [WHO]. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization. Obtido de http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2014). *Basic Documents*. Obtido de Basic Documents: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>

Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, pp. 1-16.

Zeng, F., Sun, X., Yang, B., Shen, H., e Liu, L. (2016). The theoretical construction of a classification of clinical somatic symptoms in psychosomatic medicine theory. *PLoS ONE*, 11(8), pp. 1-10.